CENA 1 ZŁ 50 GR

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) | Maj 1952 | Nr 5



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

REDAKTOR: ANNA BIERNACKA

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Maj 1952 Nr 5

WALKA UWIEŃCZONA ZWYCIĘSTWEM

OFENSYWA kapitalizmu amerykańskiego w latach osiemdziesiątych XIX wieku zaczęła napotykać na opory wśród klasy robotniczej, która wiążąc się w związki zawodowe rozpoczęła w ich szeregach walkę o wprowadzenie ośmiogodzinnego dnia pracy. Ruch ten osiągnął szereg sukcesów, rozszerzając się na prawie całe Stany Ameryki Północnej.

Dnia 1 maja 1886 roku większość narodowych związków zawodowych ogłosiła strajk generalny pod hasłem 8-godzinnego dnia pracy. Strajk objął 200 tysięcy robotników i wywołał ostrą reakcję ze strony kapitalistów, którzy mając na swych usługach policję, spowodowali w Chicago masakrę wśród demonstrujących.

Z walki o 8-godzinny dzień pracy, która w strajku tym osiągnęła swój szczytowy punkt, zrodziło się Międzynarodowe Święto 1 Maja, będące jednocześnie uczczeniem ofiar demonstracji w Chicago. Historyczną uchwałę o corocznym święceniu 1 Maja powziął Kongres II Międzynarodówki.

W Polsce hasło do świętowania dnia 1 Maja natrafiło na grunt podatny, w szczególności spontanicznie podjął to hasło były zabór rosyjski, na terenie którego klasa robotnicza rosła w siłę i pogłębiała swe uświadomienie.
W dniu 28 kwietnia 1890 roku Centralny Komitet Partii „Proletariat“ wydał odezwę, wyjaśniającą znaczenie tego święta oraz doniosłość walki o 8-godzinny dzień pracy.

W odezwie tej mocnym akcentem zabrzmiał po raz pierwszy w Polsce, apel do robotników o powiązanie się we wspólnej walce z robotnikami całego świata.

„Bracia, Robotnicy, Polacy! Na całym świecie 1 Maja ustanie warczenie maszyn, zgaśnie ogień pod kotłem parowym... Fabrykanci z nieczystym sumieniem pochowają się w mysie dziury, a robotnicy pospieszą na zebrania, gdzie będą się naradzać nad środkami do wywalczenia ostatecznego zwycięstwa — przejścia fabryk i ziemi na wspólną własność ludu pracującego!... I my nie możemy się przyglądać tylko z daleka walce naszych towarzyszy za granicą! I u nas nie przejdzie dzień ten na próżno... Wstyd tym, co będą się ociągali z podaniem dłoni do wspólnego, braterskiego uścisku zjednoczonych robotników całego świata! Wystąpimy zgodnie. Śmiało bracia, wszyscy razem!“

Tak więc klasa robotnicza Polski, po raz pierwszy poruszona tak masową akcją socjalistyczną, włączyła się do wielkiej rodziny robotniczej świata.

W pierwszym święcie wzięło udział 10 tysięcy robotników, w następnym już roku agitacja objęła prawie wszystkie większe centra robotnicze, mobilizując około 30 tysięcy strajkujących, a strajk powszechny w Łodzi przeszedł do historii pod nazwą „buntu łódzkiego“, w czasie którego aresztowano 900 osób, a liczba ofiar carskiej żandarmerii wyniosła 200 osób. *„Upamiętniliście tak bohatersko święto majowe... Gdy padnie carat, pokażemy wam, że między narodem rosyjskim i polskim nie ma nienawiści“* — pisali w otwartym liście robotnicy petersburscy do robotników Łodzi.

Fala rewolucyjna proletariatu polskiego narasta, jego wystąpienia w dniach 1-majowych uświęcone są krwawymi ofiarami walczących o prawa ekonomiczne i polityczne. **Dzień 1 Maja staje się przeglądem sił rewolucyjnych kraju.**

WIELKA Rewolucja Październikowa przyniosła podział świata: w jednej jego części klasa robotnicza przeszła w walkę o umocnienie swej władzy i potęgi gospodarczej kraju robotników i chłopów, w drugiej — walczy o prawo do istnienia, o wolność.

Dzień 1 Maja pozostał dniem solidarności robotniczej, **dniem walki przeciw kapitalizmowi,** imperializmowi i jego okrutnym przejawom. Hasła zmieniły się — pozostała zawsze ta sama treść

W Polsce szanse uzyskania całkowitego wyzwolenia narodowego i społecznego, jakie niosła Rewolucja Październikowa, zostały zaprzepaszczone przez rodzimą naszą burżuazję oraz zdradę prawicy PPS. Proletariat podejmuje dalszą walkę o swój byt narodowy i społeczny. W ciągu dwudziestolecia międzywojennego nie było jednego roku bez starć na ulicach Warszawy, Łodzi, miast Zagłębia Dąbrowskiego i wielu innych. U boku proletariatu ukraińskiego i białoruskiego, walczącego o wolność narodową i społeczną, stał proletariat polski.

Nadeszła ciemna noc, najstraszniejsza w historii narodu — niewoli. I znowu jedynym, który podjął hasło walki czynnej w Polsce był proletariat.

Podczas gdy, podporządkowana reakcyjnym hasłom londyńskim, Armia Krajowa świadomie nie dopuszczała do walki z okupantem, czekając „z bronią u nogi" na powrót dawnych czasów, na możność sięgnięcia po władzę, na arenę miast i wsi do walki ze strasznym wrogiem ludzkości — faszyzmem hitlerowskim wystąpiła Polska Partia Robotnicza.

Zawdzięczając Związkowi Radzieckiemu, Polska uzyskuje nie tylko wolność narodową, ale po raz pierwszy w swej historii — wolność społeczną.

Usuwając obszarników i fabrykantów, klasa robotnicza sięgnęła po władzę. Naród polski, u boku Związku Radzieckiego i państw demokracji ludowej, stanął do walki o nowe hasła, o wzmocnienie swej potęgi gospodarczej i politycznej, do walki o nową kulturę i sztukę.

Pierwszy Maj stał się dziś symbolem dalszego postępu, symbolem walki o pokój, walki przeciwko wszystkim siłom, które dotychczas hamowały rozwój Narodu.

Proletariat polski, a wraz z nim cały Naród, znalazł się na etapie, gdy, miast walki, w której miał niegdyś jedynie „kajdany do stracenia" prowadzi walkę o nowe, wspaniałe osiągnięcia i o niezbędny warunek utrwalenia tych osiągnięć — o POKÓJ. W walce tej ogromną rolę mobilizującą odegrały słowa Józefa Stalina, który odpowiadając na pytania dziennikarzy amerykańskich, wyraził się, że *wojna dziś nie jest bliższa niż przed dwoma lub trzema laty.* Jeszcze ponad rok temu towarzysz Stalin sformułował podstawowy warunek zachowania pokoju: *„pokój będzie zachowany i utrwalony, jeżeli narody ujmą w swe ręce sprawę zachowania pokoju i będą broniły jej do końca".*

Od tego czasu niejedno przygotowane uderzenie imperializmu spaliło na panewce, dlatego właśnie, że setki milionów zwolenników pokoju stały czujnie na straży.

„Pokojowe współistnienie kapitalizmu i komunizmu jest całkowicie możliwe, jeżeli istnieje obopólna chęć współpracy oraz gotowość wykonywania przyjętych zobowiązań, jeśli przestrzegana jest zasada równości i niewtrącania się w wewnętrzne sprawy innych państw".

— te słowa Józefa Stalina odegrają ogromną rolę w wielkiej batalii, jaka toczy się obecnie na świecie między obrońcami pokoju, a obozem wojny. Ilustracją takiej współpracy, o której mówi Józef Stalin, jest udzielona ostatnio w Moskwie przez Związek Radziecki gościna Międzynarodowej Konferencji Gospodarczej. Konferencja, wykazując praktyczne możliwości współpracy gospodarczej między dwoma systemami, przyczyniła się niewątpliwie do złagodzenia obecnego napięcia międzynarodowego, do utrzymania i utrwalenia pokoju, jednocześnie zaś wykazała, że bariery gospodarcze wznoszone przez Stany Zjednoczone spowodowały przede wszystkim, zamiast osłabienia obozu pokoju — jak to zamierzano — osłabienie obozu wojny. Dzięki szybkiemu rozwojowi Związku Radzieckiego i krajów demokracji ludowej, blokada gospodarcza chybiła celu.

POLSKA, korzystając z wydatnej pomocy Związku Radzieckiego, dzięki braterskim więzom łączącym oba nasze kraje, nieustannie zwiększa dochody handlowe, wzmacnia swoją siłę gospodarczą, rozwija przemysł i budownictwo.

Tempo rozwoju naszego budownictwa wzrośnie w roku 1952 o 22% w stosunku do roku 1951. Wzrasta nasza wydajność pracy. Od zarania naszego budownictwa Polska otrzymuje pomoc Związku Radzieckiego i korzysta z jego doświadczeń; samych kompletnych wielkich obiektów przemysłowych, takich jak Fabryka Samochodów Osobowych lub huta wysokogatunkowej stali, „Warszawa", Nowa Huta i in. — dostarczył nam Związek Radziecki w liczbie 57. Jako wspaniały dowód radzieckiej przyjaźni, otrzymujemy obecnie 30-piętrowy Pałac Kultury i Nauki dla zniszczonej przez faszyzm Warszawy.

Fakt ten staje się tym wymowniejszy, gdy przeciwstawimy go barbarzyńskim bakteryjnym nalotom samolotów amerykańskich na Koreę i Chiny Północne oraz rujnowaniu mniejszych państw kapitalistycznych lichwiarskimi cenami, dyktowanymi przez Wall Street za sprzedawane przez Amerykę towary.

ŚWIĘTO 1 Maja, obchodzone w roku bieżącym, było przeglądem naszych sił i naszych zadań w chwili obecnej. Nasza siła to: gospodarka narodowa, zwiększający się z roku na rok dochód narodowy, to likwidacja analfabetyzmu, pogłębienie świadomości politycznej społeczeństwa, to budowa socjalistycznego narodu. Naszą siłą jest głęboka, wewnętrzna łączność ze Związkiem Radzieckim. Naszą siłą jest również zdrowie naszego społeczeństwa.

Minister Zdrowia, ob. dr J. Sztachelski, w referacie wygłoszonym na dorocznej konferencji w sprawie wytycznych na rok 1952, stwierdził, że dwa lata Planu 6-letniego wykazały pełną realność zamierzeń tego planu na odcinku zdrowia. Stwierdził, że we wszystkich ważniejszych pozycjach nie tylko osiągnęliśmy, ale nawet przekroczyliśmy zamierzone cele. A cele te były bardzo ambitne.

„Przypomnijmy sobie — mówił Minister — moment, kiedy omawialiśmy zadania Planu 6-letniego, kiedy po raz pierwszy ogłaszaliśmy cyfry, wyrażające te zadania i tempo naszego rozwoju. Wielu z pracowników służby zdrowia z niedowierzaniem i powątpiewaniem przypatrywało się tym ambitnym liczbom, nie wierząc, aby mogły one być realne".

Omawiając 6 głównych zadań, na które szczególną uwagę powinien zwrócić aktyw służby zdrowia przy realizacji planu na rok 1952, Minister stwierdził, że Konstytucja gwarantując i utrwalając prawo obywatela Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej do ochrony zdrowia, nakłada na jego realizatorów obowiązek sumiennej i świadomej pracy.

Wraz z postępem budownictwa socjalistycznego rosną możliwości doskonalszej realizacji postawionych zadań; są one jednak w dużej mierze uzależnione od ideowej postawy pracowników służby zdrowia, od ich hartu i dyscypliny.

Wraz z olbrzymią rzeszą mas pracujących całego kraju, pracownicy służby zdrowia podjęli i wykonali dla uczczenia 60 rocznicy urodzin Prezydenta Bolesława Bieruta szereg zobowiązań, które przyczyniły się poważnie do podniesienia zdrowotności narodu.

AMBITNE wysiłki całego Narodu, idące w kierunku likwidowania smutnych tradycji czasów kapitalistycznych, są poważną gwarancją nie tylko wyrównania zaległości, ale i przyspieszenia rozwoju oraz podniesienia znaczenia Państwa, gwarancją wzrostu obozu Pokoju.

Jakże inaczej przebiega Święto 1 Maja w odrodzonej, wolnej Polsce, w porównaniu z krajami, gdzie narody walczą dopiero o swe wyzwolenie.

Piękna jest walka w ciągłym dążeniu o „lepiej i więcej", o „jeszcze lepiej i jeszcze więcej"
Dwa majowe wiersze napisał polski poeta, Władysław Broniewski.
Słowa pierwszego brzmią:

„Myśmy szli, raczej nasi ojcowie
(ileż to lat?...)
w Warszawie, Łodzi i w Żyrardowie
myśmy szli na Pierwszego Maja
jak na bój!
Trony, banki się jeszcze trzymają.
Trzymaj sztandar,
bo twój."

Słowa wiersza drugiego brzmią już odmiennie:

„Rośnie kraj. Skrzypią wyciągi.
Z ruin podnoszą się miasta.
Płyną okręty. Pędzą pociągi.
Dzień nam roboczy nastał!"

Wytyczne pracy służby zdrowia na rok 1952

W dniu 11 marca rb. odbyła się w Ministerstwie Zdrowia doroczna konferencja w sprawie wytycznych pracy służby zdrowia na rok 1952.

Referat zasadniczy wygłosił ob. minister dr Jerzy Sztachelski. Pomimo, iż referat w całości wydrukowano w tygodniku „Służba Zdrowia", pragniemy w naszym piśmie zamieścić obszerne jego wyjątki, z którymi specjalnie raz jeszcze powinni zapoznać się czytelnicy „Pielęgniarki Polskiej".



Foto CAF.

Minister Zdrowia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, dr Jerzy Sztachelski

„Weszliśmy w nowy okres pracy. Rok 1952 jest trzecim rokiem Planu 6-letniego. Będzie on trzecim ogromnym krokiem w rozwoju naszego kraju. Będzie nowym, ważnym etapem w rozwoju służby zdrowia.

Głębokie przemiany, osiągnięte w Polsce Ludowej w trakcie budownictwa socjalistycznego, będą wyrażone i utrwalone w Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, której projekt jest obecnie przedmiotem ogólnonarodowej dyskusji. Jest to fakt wielkiej doniosłości historycznej dla naszego narodu, dla naszego kraju, dla każdej dziedziny pracy.

Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej nawiązuje do najszczytniejszych postępowych tradycji narodu polskiego i daje wyraz urzeczywistnienia dążeń i idei, które ożywiały polskie masy pracujące w ich wielowiekowej walce wyzwoleńczej.

Wiele pokoleń najświatlejszych, najbardziej ideowych lekarzy i pracowników służby zdrowia walczyło o zapewnienie prawa ludu polskiego do opieki lekarskiej, o stworzenie warunków stałego podnoszenia się stanu zdrowotnego najszerszych mas ludności.

Rafał Józef Czerwiakowski, Jędrzej Śniadecki, Tytus Chałubiński, Władysław Biegański, Edmund Biernacki, Zygmunt Kramsztyk, Józef Polak, Seweryn Sterling — to parę tylko nazwisk symbolizujących piękne i postępowe tradycje polskiego świata lekarskiego, walczącego o prawo ludu polskiego do ochrony zdrowia.

Dziś realizujemy idee i myśli wielkich społeczników oraz dążenia i pragnienia najszerszych mas ludowych.

Plan 6-letni zakłada ogromny postęp w rozwoju ochrony zdrowia. Przypomnijmy sobie moment, kiedy omawialiśmy zadania Planu 6-letniego, kiedy po raz pierwszy ogłaszaliśmy cyfry, wyrażające te zadania i tempo naszego rozwoju.

Wielu z pracowników służby zdrowia z niedowierzaniem i powątpiewaniem przypatrywało się tym ambitnym liczbom, nie wierząc, aby mogły one być realne.

Po 2 latach realizacji Planu 6-letniego — mamy już nie mało doświadczeń, które stanowią dziś przekonywające dla wszystkich dowody realności jego zamierzeń.

We wszystkich podstawowych pozycjach osiągnęliśmy i przekroczyliśmy w ciągu tych 2 lat zadania przewidziane w Planie 6 -letnim.

Największy krok naprzód zrobiliśmy w dziedzinie decydującej o rozwoju służby zdrowia — w kadrach; spójrzmy na cyfry dwuch podstawowych pozycji Planu, odnoszących się do liczb lekarzy i pielęgniarek:

jeśli w 1938 r. było 3,7 lekarza na 10.000 ludności, a w 1947 r. mieliśmy 3,3 lekarza na 10.000 ludności, to w 1951 r. osiągnęliśmy już 4,6 lekarza na 10.000 ludności.

Powiększyliśmy bardzo wybitnie obsadę pielęgniarską, szczególnie ostatnio, dzięki wkroczeniu na drogę masowego szkolenia młodszych pielęgniarek.

Jeśli w 1938 r. na 10.000 ludności mieliśmy dla pielęgniarek wskaźnik 1,8, a w 1947 r. wskaźnik 3,8, to w 1951 r. osiągnęliśmy wskaźnik 11,0.

W dziedzinie szpitalnictwa powiększamy z roku na rok ilość łóżek i jeśli w 1938 r. wskaźnik łóżek szpitalnych na 10.000 ludności był 21,1, a w roku 1949, na progu Planu 6-letniego 37,8, to w roku 1951 osiągnęliśmy 42,3, co przekracza zadania przewidziane w Planie 6-letnim na rok 1953.

Liczba miejsc w żłobkach (dzielnicowych i zakładowych) na koniec 1951 r. według Planu 6-letniego była przewidziana na 25.600, a wynosi 29.000.

Liczba łóżek w izbach porodowych była przewidziana w Planie 6-letnim na 1951 r. na 2.500, a wynosi 2.994, co odpowiada poziomowi 1953 r. w Planie 6-letnim.

Liczba ośrodków zdrowia na wsi była przewidziana w Planie 6-letnim na 1951 r. na 659, a wynosi 997".

Mówiąc o znaczeniu trzeciego roku Planu 6-letniego dla rozwoju służby zdrowia, Minister Sztachelski podaje szeregi liczb, świadczących o stałym wzroście usług leczniczych dla ludności. Minister porusza następnie sprawę niedociągnięć w wykonywaniu Planu, oraz wskazuje na drogi likwidacji tych niedociągnięć.

„Jakie zadania będziemy realizowali w pracy służby zdrowia w 1952 r.?

Wysuwamy na 1952 rok *sześć głównych zadań,* które powinny skupić aktywność całej służby zdrowia:

1. Dalsze nastawienie działalności służby zdrowia na jak najpełniejszy udział w budownictwie socjalizmu w Polsce, *na zabezpieczenie od strony ochrony zdrowia wykonania Planu 6-letniego.*

2. *Pogłębienie socjalistycznego charakteru służby zdrowia,* a szczególnie rozwijanie jej profilaktycznego kierunku działania i umacniania pionu sanitarno-epidemiologicznego.

3. Dalsze prace nad rozwiązywaniem kluczowego dla służby zdrowia *zagadnienia kadr.*

4. *Podnoszenie poziomu fachowego i ideowego pracowników służby zdrowia.*

5. *Podniesienie sprawności organizacyjnej i dyscypliny wykonania,* a w związku z tym i gotowości służby zdrowia do udziału w obronie kraju.

6. *Walka o oszczędną i racjonalną gospodarkę* i likwidację wszelkiego rodzaju marnotrawstwa.

Mówiąc o zadaniach w pracy służby zdrowia na 1952 r., warto spojrzeć na nie pod kątem widzenia zarówno osiągnięć, jak i braków w pracy roku ubiegłego".

Ochrona zdrowia w służbie Planu 6-letniego

„Jak wiadomo, w naszej gospodarce narodowej istnieją wiodące ogniwa, które decydują o postępie i rozwoju gospodarki socjalistycznej; które stanowią o wzroście gospodarki socjalistycznej; które stanowią o wzroście dobrobytu najszerszych mas i o umacnianiu się podstawy materialnej, rozwoju kultury i zdrowotności społeczeństwa. Wysiłek całego narodu, wszystkich dziedzin pracy powinien skupiać się na zapewnieniu najlepszych warunków dla tych kluczowych ogniw rozwoju socjalistycznej gospodarki narodowej. Dlatego prawidłowy kierunek działalności służby zdrowia będzie polegał na otoczeniu szczególną opieką tych dziedzin gospodarczych i tych grup ludności, które odgrywają najważniejszą rolę w wykonywaniu Planu 6-letniego. Pomoc i opieka instytucji służby zdrowia powinna sprzyjać przyspieszeniu i ułatwieniu zadań budownictwa socjalistycznego.

Podstawowym zadaniem Planu 6-letniego jest uprzemysłowienia kraju..."

Dlatego naszym najważniejszym i pierwszym zadaniem jest otoczyć najpełniejszą opieką wiodące gałęzie przemysłu i robotników wielkoprzemysłowych, zapewnić w tej mierze, w jakiej to zależy od służby zdrowia, jak największą wydajność tych gałęzi gospodarki narodowej.

Dlatego na każdym terenie główną uwagę należy skierować na ośrodki, obiekty i osiedla przemysłowe.

Stosunek do potrzeb robotników i przemysłu — to sprawdzian naszej dojrzałości społecznej i politycznej".

Minister omawia następnie pozytywne wyniki oraz niedociągnięcia na odcinku lecznictwa przemysłowego. Poruszając zagadnienie kadrowe dr Sztachelski mówi:

„Ambulatoria zakładowe obsadzone są na ogół przyuczonymi lub młodszymi pielęgniarkami, przychodzącymi wprost ze szkół. W tychże miastach są pielęgniarki kwalifikowane, zatrudnione w lecznictwie zarówno zamkniętym, jak i otwartym, których wymiana z niedoświadczonymi pielęgniarkami byłaby z korzyścią dla zakładów pracy i dla młodszych pielęgniarek.

Ponadto stwierdzono wielokrotnie, że lekarze przemysłowi nie wykorzystują pielęgniarek dla pracy sanitarno-higienicznej zakładów, przy których pracują, mimo, że istnieją po temu duże możliwości.

Wszystkie te fakty świadczą o poważnych brakach w naszej pracy".

Duży nacisk w swym referacie, ob. Minister położył na sprawę absencji chorobowej w przemyśle i na niedociągnięcia wydziałów zdrowia na tym odcinku pracy.

„Stan absencji chorobowej w różnych przemysłach na terenie całego kraju, sądząc po cyfrach sprawozdawczych, wskazuje na to, że nie potrafiliśmy dotąd dokonać przełomu w postawie i w pracy służby zdrowia w tej dziedzinie. Zagadnienie wysokiego poziomu absencji chorobowej, jako zagadnienie wielkiej doniosłości dla gospodarki naszego kraju, wymaga wzmożonej czujności instytucji służby zdrowia".

a dalej

„Stawialiśmy i stawiamy sprawę zmniejszenia absencji chorobowej przede wszystkim z punktu widzenia zwiększenia troski o zdrowie robotnika i pracownika, usuwania czynników powodujących wzrost absencji, podniesienia sprawności pracy naszych instytucji".

Jako o działalności, która w dużym stopniu przyczynia się do spadku absencji, Minister mówi o pracy szkoleniowej i oświatowej organizacji Polskiego Czerwonego Krzyża:

„P. C. K. podjął w br. pracę nad organizacją posterunków i drużyn sanitarnych w zakładach pracy. Powinny one być otoczone opieką przemysłowej służby zdrowia i wykorzystane w akcji sanitarnej i zapobieganiu wypadkom przy pracy. Powinny stanowić społeczne ramię przemysłowej służby zdrowia".

Mówiąc o sytuacji na odcinku lecznictwa otwartego i pomocy dla ubezpieczonych, Minister stwierdza:

„Lecznictwo otwarte — to najszersza płaszczyzna zetknięcia się służby zdrowia ze społeczeństwem. Codziennie ¼ miliona ludzi przepływa przez nasze ambulatoria i przychodnie. Jest to poza tym podstawowa forma pomocy lekarskiej. Dlatego dalsza praca nad usprawnieniem tego ważnego odcinka służby zdrowia ma dużą wagę społeczną".

Minister omawia następnie konieczność wzmożenia opieki nad pracującą matką i jej dzieckiem oraz nad młodocianymi.

Przechodząc do zagadnienia wsi dr Sztachelski charakteryzuje sieć opieki zdrowotnej na wsi, podkreślając krytycznie jej braki.

„Trzeba jednak stwierdzić, że troska o rozwój służby zdrowia na wsi często niedostatecznie zaprząta myśli naszych władz terenowych. Nastawienie systemu ochrony zdrowia na służbę Planu 6-letniego oznacza również zgodnie z naszymi możliwościami, zgodnie z etapem jaki przeżywamy, rozwijanie służby zdrowia na wsi. Sprawa wsi — to sprawa sojusznika, który jest niezbędny klasie robotniczej do zwycięskiego zbudowania socjalizmu. W bogatej gamie środków umacniania sojuszu robotniczo-chłopskiego — zacieśniania spójni między miastem i wsią musi i powinna znajdować się również służba zdrowia. Tylko polityczną niedojrzałością można tłumaczyć fakty niedoceniania wsi, wyrażające się np. w skąpieniu godzin pracy lekarskiej dla lekarzy wiejskich i niewykorzystywaniu kredytów instytucji służby zdrowia na wsi.

Wreszcie trzeba, żebyśmy sobie wytknęli — tak to można nazwać — „apolityczny", czy „ponadklasowy" stosunek do wsi, polegający na tym, że niektórzy organizatorzy służby zdrowia nie rozróżniają PGR-ów i wsi spółdzielczej od wsi składającej się z gospodarstw indywidualnych i widocznie nie mogą zrozumieć, że całym wysiłkiem służby zdrowia trzeba pomóc przede wszystkim nowej spółdzielczej wsi i włączyć się do budowania nowego socjalistycznego życia na wsi. Mamy niemało powiatów, które posiadają duże PGR lub ich zespoły, które w 90 i więcej procentach są już uspółdzielczone. Trzeba szczególnie zająć się tymi powiatami i to zarówno w Ministerstwie, jak i w terenie. Trzeba również pilnie dbać o to, aby nasze instytucje były dostępne i wykorzystywane przede wszystkim przez pracujących chłopów, przede wszystkim przez biedniacki i średniacki element na wsi".

Kończąc omawianie zagadnienia opieki zdrowotnej dla wsi, Minister stwierdza:

„Popełnimy poważny błąd polityczny w naszej pracy, jeśli nie zmienimy postawy wobec potrzeb wsi, jeśli nie rozwiniemy na tym odcinku dużej aktywności.

Sprawa kadr

Przechodząc do zagadnienia kadr, Minister omawia sytuację na odcinku medycznego szkolnictwa wyższego, a następnie szeroko omawia zagadnienie szkolnictwa i zawodu pielęgniarskiego.

„Stworzyliśmy poważne przesłanki dla przełomu w zagadnieniu kadr pielęgniarskich. Przystąpiliśmy do masowego szkolenia młodszych pielęgniarek w skali dotychczas niepraktykowanej, co pozwoli już w krótkim czasie wyrównać braki w obsadzie pielęgniarskiej.



Ośrodek szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK w Kwidzyniu

W dziedzinie kształcenia kadr idziemy ogromnymi krokami naprzód i wkrótce najtrudniejszy okres będziemy mieli poza sobą.

— Będziemy prowadzili gospodarkę kadrami pod kątem widzenia umożliwienia specjalizacji, nabywania kwalifikacji i pomnażania doświadczenia. Rozstawiając kadry w terenie, trzeba nie tylko rozwiązywać potrzeby dnia dzisiejszego, ale jednocześnie budować przyszłość, przygotowując specjalistów. Taką wytyczną powinni kierować się kierownicy wydziałów zdrowia. Młodzież opuszczająca nasze uczelnie musi jednak rozumieć, że są palące i niedające się odłożyć potrzeby, które niejednokrotnie tylko ich pracą w terenie mogą być rozwiązane.

— Trzeba również zdecydowanie podkreślić konieczność konsekwentnego rozwiązania do końca problemu młodszych pielęgniarek. 6-miesięczny kurs — to tylko początek, wstęp do zdobycia kwalifikacji pielęgniarskich. Tytuł młodszej pielęgniarki — to prowizorium, które będzie trwało tym krócej, im lepiej i rozsądniej będziemy pracowali. Każdy zakład służby zdrowia jest bezpośrednio zainteresowany, ażeby ułatwić wszystkim swoim młodszym

pielęgniarkom złożenie egzaminu państwowego. Dlatego trzeba młodsze pielęgniarki otoczyć opieką, troszczyć się o nie, pomagać im i na każdym kroku uczyć je, wyznaczać im miejsce pracy w szpitalach pod kątem szkolenia i zdobywania wszechstronnego doświadczenia.

Poza nauką, w czasie pracy praktycznej, należy im pomóc drogą systematycznie organizowanych seminariów, czy kursów wieczorowych, które by ułatwiły złożenie egzaminu państwowego. Wydaje się słuszne zorganizowanie na wzór zespołów studenckich, mających na celu wspólną naukę, zespołów młodszych pielęgniarek w każdej instytucji, w której jest to możliwe. Szczególnie ważną rolę mają tu do spełnienia wicedyrektorzy szpitali, przełożone pielęgniarek, jak również pielęgniarki dyplomowane, które powinny życzliwie i po koleżeńsku pomóc w tym procesie awansu zawodowego i społecznego, jaki w skali masowej odbywa się w naszych zakładach. Trzeba również pamiętać, że słuszne i potrzebne jest również doszkalanie młodszych pielęgniarek w zakresie wykształcenia ogólnego.

Sądzę, że sprawa pracy nad młodszymi pielęgniarkami i osiągnięcie w największej skali zdobycia przez nie egzaminu państwowego, może być wdzięcznym zadaniem dla pracy kół Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia oraz tematem dla zobowiązań i współzawodnictwa.

Mówiąc o młodszych pielęgniarkach, trzeba sobie postawić zarzut, że za mało dbaliśmy o pomoc w rozwiązywaniu ich zagadnień bytowych. Są to przeważnie młode dziewczęta, które po raz pierwszy w życiu zaczynają samodzielnie pracować. Konieczna jest pomoc w ich starcie życiowym. Nie można pozostawiać je tylko własnym siłom. Szczególnie sprawa mieszkań dla nich jest b. często rozwiązywana niezadowalająco. Rady narodowe, komisje zdrowia, administracja służby zdrowia, jak również zakłady służby zdrowia powinny czuć się zobowiązane dostarczyć im niezbędnej pomocy.

Uważamy za słuszne, ażeby położyć nacisk na zatrudnianie młodszych pielęgniarek przede wszystkim w szpitalach, nawet jeśli to stworzy względny nadmiar pielęgniarek w stosunku do przyjętych w tej dziedzinie norm. Zatrudnienie w szpitalu powinno być traktowane jako dalszy etap szkolenia młodszych pielęgniarek. Trzeba przenosić wykwalifikowane pielęgniarki do pomocy otwartej i umożliwić w ten sposób szerszy dostęp młodszym pielęgniarkom do pracy w szpitalach.

Mamy duże możliwości zatrudnienia młodszych pielęgniarek w sanatoriach, uzdrowiskach, szpitalach psychiatrycznych.

Również w procesie laicyzacji naszych instytucji otwierają się duże możliwości zatrudnienia młodszych pielęgniarek.

Dopiero po wyczerpaniu wszystkich tych dróg można skierowywać młodsze pielęgniarki do pomocy otwartej z tym, że przy najbliższej sposobności powinny one przejść staż szpitalny".

Minister omawia następnie szkolenie felczerów oraz zagadnienie autorytetu pracownika służby zdrowia:

„Zorganizowanie około 70 szkół i liceów felczerskich — to tylko część pracy w dziedzinie rozwiązania zagadnienia felczerów. Obecnie stoi przed wydziałami zdrowia WRN zadanie zapewnienia takiej ich organizacji i takiego poziomu nauki, który pozwoli otrzymać pełnokwalifikowanego pracownika służby zdrowia. Szpitale, w których odbywają się zajęcia praktyczne dla młodzieży felczerskiej, powinny pamiętać, że odgrywają rolę klinik dla szkół i liceów felczerskich.

Powinniśmy również zwalczać nastroje przejściowości wśród młodzieży felczerskiej. Zapowiedzieliśmy, że najlepsi uczniowie szkół felczerskich jeszcze w bieżącym roku zostaną przyjęci na akademie medyczne. Obietnica ta będzie dotrzymana. Nie jest jednak możliwe, ażeby wszyscy, czy nawet duża część młodzieży felczerskiej, bezpośrednio ze szkoły lub po szkole mogła być przyjęta na wydział lekarski. Oznaczałoby to zbędne przedłużenie studiów lekarskich. W przyszłości, po zdobyciu niezbędnego doświadczenia w paroletniej pracy praktycznej i wykazaniu się postępami w pracy, felczerzy będą mieli ułatwione warunki wejścia na wydział lekarski i otrzymanie dyplomu lekarskiego. Tak tylko należy stawiać sprawę awansu felczera na lekarza.

— Istnieje bezsporna potrzeba zdecydowanej walki o podniesienie autorytetu lekarza, autorytetu pracownika służby zdrowia w opinii społecznej.

Coraz rzadsze są, ale zdarzają się niestety fakty złej, wulgarnej, komercyjnej, aspołecznej postawy poszczególnych lekarzy, czy innych pracowników z naszej dziedziny pracy. Psują one opinię całej służby zdrowia, godzą w autorytet lekarza, utrudniają naszą pracę, stwarzają podnietę do generalizowania tych zarzutów. W oparciu o nieliczne nawet fakty nieetycznego postępowania pracownika ochrony zdrowia formuje się opinia obywatela, na podstawie której nawet obiektywne, nie do przeskoczenia trudności są wyjaśniane jako błędy i winy służby zdrowia. Takie niebezpieczeństwo nam grozi i powinniśmy się z nim poważnie liczyć.

W jaki sposób należy podnosić autorytet lekarza w społeczeństwie?

Sądzę, że do tego celu prowadzą następujące drogi: przede wszystkim musimy wydać bezkompromisową walkę objawom bezdusznego, lekceważącego, niedbałego lub nawet wulgarnego i komercyjnego stosunku do chorego.

Każdy wypadek zawinionej brakiem troski i opieki szkody, jaką poniósł chory lub nawet śmierci chorego, a szczególnie każdy wypadek niedbalstwa popełniony wobec chorego dziecka, czy tym bardziej całych instytucji dziecięcych — powinien być uważany za nadzwyczajny wypadek, powinien elektryzować całe kierownictwo służby zdrowia, o każdym takim wypadku musi być bezwzględnie w krótkiej drodze informowane Ministerstwo Zdrowia, musi być przeprowadzone przez właściwą władzę terenową służby zdrowia skrupulatne badanie okoliczności i przyczyn wypadku; winni muszą być z całą surowością karani, muszą być wyciągnięte wszystkie wnioski organizacyjne i fachowe, które pozwolą zapobiegać na przyszłość podobnym wypadkom, musi być stale prowadzona akcja wychowawcza, podnosząca postawę społeczną naszych pracowników.

Ministerstwo Zdrowia będzie bardzo rygorystycznie sprawdzało, czy postępowanie terenowych władz służby zdrowia w takich wypadkach było właściwe i czy zostały wyciągnięte słuszne wnioski i będzie surowo karało w razie stwierdzenia u kierownictwa terenowej służby zdrowia tendencji pobłażania tym godzącym w dobre imię służby zdrowia wypadkom.

Zostały powołane komisje kontroli zawodowej, które mają w nowych warunkach zastąpić dawne sądy izb lekarskich, aptekarskich, lekarsko-dentystycznych z tym, że obejmują one obecnie swym zakresem działania wszystkich pracowników służby zdrowia, przy czym głównym ich celem jest walka o wysoki poziom etyczny pracownika służby zdrowia. Instytucje te powinny wrażliwie reagować na fakty wypływające ze skarg i zażaleń obywateli, sygnałów prasy.

Działanie komisji kontroli zawodowej powinno zaostrzyć poczucie odpowiedzialności wśród pracowników służby zdrowia i dać przekonanie obywatelowi, że istnieje sprawne i ostre narzędzie, które tępi wszelkiego rodzaju nadużycia w naszym środowisku. Podkreślić tu należy, że komisje kontroli zawodowej są organem i narzędziem kierownictwa służby zdrowia na danym terenie i że działalność ich bynajmniej nie zdejmuje odpowiedzialności w tym zakresie z kierowników wydziałów zdrowia.

Z drugiej zaś strony powinniśmy więcej i silniej niż dotychczas popularyzować i wysuwać ludzi wyróżniających się swą pracą, postawą, kwalifikacjami".

Walka o poziom

„Walka o autorytet pracownika służby zdrowia, o jego pozycję w opinii publicznej wiąże się najściślej ze sprawą jego poziomu fachowego i ideowego.

Rzecz prosta, że tylko fachowiec o wysokich kwalifikacjach, tylko człowiek, którego postawa społeczna i polityczna wzbudza szacunek i zaufanie ludzi pracy, zdobędzie pełny autorytet w swym środowisku"

— mówi dr Sztachelski i przechodzi do szerokiego omówienia prac Rady Naukowej przy Ministerstwie Zdrowia, omówienia konferencji krynickiej, poświęconej pawłowizmowi oraz do zagadnień walki o poziom:

„Z chwilą, gdy weszliśmy w okres likwidowania trudności ilościowych, cały nacisk przesuwać powinniśmy na jakość, na poziom, na kwalifikacje. W niedalekiej przyszłości przystąpimy do rozwiązywania sprawy kształcenia specjalistów z takim rozmachem, z jakim rozwiązaliśmy zagadnienie deficytu kadr fachowych.

Przede wszystkim będziemy rozwijali naukę. Chodzi tu o słuszny kierunek badań naukowych, o nawiązanie do najlepszych postępowych tradycji nauki polskiej, do najwyższych osiągnięć nauki radzieckiej, o rozwijanie pawłowowskiego kierunku w naukach lekarskich".

Zagadnienia sanitarno-epidemiologiczne

Przechodząc do omówienia kierunku zapobiegawczego na rok 1952, Minister mówi:

„Rok 1951 był ciężką próbą dla służby zdrowia. Epidemia choroby Heinego-Medina przybrała rozmiary nigdy dotychczas w naszym kraju nie notowane. W rezultacie tych zachorowań, które objęły — choć w różnym natężeniu — cały kraj, pozostało 2 500 kalek.

Trudno przewidzieć, jaki poziom zachorowań będziemy mieli w 1952 r. Na podstawie doświadczeń innych krajów należy spodziewać się, że grozi nam natężenie nie mniejsze, niż w roku ubiegłym. Zagadnienie walki z chorobą Heinego-Medina nie jest zadaniem wyłącznie aparatu sanitarno-epidemiologicznego, odwrotnie — tak zresztą, jak przy wszystkich innych zachorowaniach epidemicznych — jest to sprawa całego aparatu służby zdrowia.

Doświadczenia choćby ostatniego roku wskazują, że zrozumienie dla zasad epidemiologii, ich znajomości, umiejętność utrzymania odpowiedniego reżimu sanitarno-epidemiologicznego w instytucjach służby zdrowia, jest wysoce niezadowalające. Świadczy o tym stan naszych oddziałów zakaźnych, pozostawiających w swej większości b. wiele do życzenia. Świadczą o tym zdarzające się karygodne wypadki infekcji wewnątrz-szpitalnych, jak również niedoceniania wagi reżimu epidemiologicznego na niektórych oddziałach, przeznaczonych dla chorych w ostatnim okresie choroby Heinego-Medina.

Fakty te świadczą o niewystarczającym na ogół przygotowaniu w dziedzinie sanitarno-epidemiologicznej podstawowej masy naszych lekarzy i o konieczności zdecydowanego zaostrzenia ich uwagi na te zagadnienia, ustalenia surowych wymagań i wprowadzenia na właściwe tory pracy naszych instytucji.

Fakty stosowania przez zbrodniarzy amerykańskich środków bakteriologicznych w stosunku do cywilnej ludności na Korei powinny budzić nie tylko wstręt i pogardę, nie tylko protest wypływający z uczuć humanitarnych, ale powinny również mobilizować naszą czujność i skłonić nas do wyciągnięcia wniosków praktycznych w dziedzinie epidemiologicznej obrony naszego kraju.

Dlatego *jako jedną z wytycznych dla pracy całej służby zdrowia ustalamy na 1952 rok podniesienie poziomu pracy sanitarno-epidemiologicznej...*

...Dalszym krokiem będzie podniesienie reżimu sanitarno-epidemiologicznego w naszych szpitalach i innych instytucjach. Dotyczy to przede wszystkim oddziałów zakaźnych, włączając w to oddziały dla ostrego okresu choroby Heinego-Medina. Trzeba je otoczyć opieką, wzmocnić obsadę, trzeba się nimi szczególnie zająć, ażeby wyplenić złe tradycje, które się tam zadomowiły; każdy wypadek zakażenia wewnątrz-szpitalnego będzie musiał być komunikowany Ministerstwu, które z kolei w każdym wypadku będzie robiło dochodzenie, ustalające przyczyny i odpowiedzialność za ten stan rzeczy.

Praca nad podnoszeniem reżimu sanitarno-epidemiologicznego na pozostałych oddziałach szpitalnych

powinna szczególnie skupić się na oddziałach noworodków, oddziałach chorób dziecięcych oraz oddziałach położniczych. W stosunku do tych oddziałów wymagania muszą być szczególnie zaostrzone.

Trzecim krokiem, wymagającym szczególnego wysiłku, który z jednej strony ma umocnić praktykę epidemiologiczną naszej służby zdrowia, z drugiej strony — rozwiązywać najbardziej ostre zagadnienia bieżące, wysuwające się swą pilnością na czołowe miejsce wśród zadań naszej pracy, to *udział całego aparatu służby zdrowia w walce z chorobą Heinego-Medina.*



Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa Nr 4 w Warszawie: słuchaczki poznają drobnoustroje chorobotwórcze
Foto CAF

Zadaniem naszym jest doprowadzić w okresie sezonowego zacisza walkę z chorobą Heinego-Medina do poziomu wysokiej sprawności, a następnie utrzymać taki aktywny stosunek do każdego wypadku, budzącego podejrzenie choroby zakaźnej w okresie ewentualnej, właściwej dla sezonu, zwyżki zachorowań.

Plan walki z chorobą Heinego-Medina musi być znany i wypełniany z całą skrupulatnością. Został już powołany specjalny pełnomocnik Min. Zdrowia dla kontroli wykonania prac w tym zakresie. W dużej mierze pod kątem widzenia walki z chorobą Heinego-Medina będzie przeprowadzona akcja porządków wiosennych w całym kraju; winna ona szczególnie uwzględnić zaprowadzenie porządków i czystości w szkołach i innych instytucjach dziecięcych.

Wiosenna akcja *sanitarno-porządkowa* powinna stać się bodźcem ułatwiającym podniesienie higieny i porządku miast i wsi na wyższy poziom. Jak wykazują nasze inspekcje, niektóre miejscowości przedstawiają wybitnie niezadowalający, lub wręcz zły stan sanitarno-porządkowy. Nasze organa sanitarne niejednokrotnie godzą się z tym stanem rzeczy, nie wykazują niezbędnej agresywności w walce o osiągnięcie wysokiej kultury sanitarnej swego terenu...

...Naszym sprzymierzeńcem, niedostatecznie przez nas wykorzystywanym, jest PCK. Polski Czerwony Krzyż, który w br. wysunął na doroczny „Tydzień Zdrowia" hasło walki o podniesienie stanu sanitarno-epidemiologicznego naszego kraju.

Szeroka akcja wciągnięcia społeczeństwa do podniesienia kultury sanitarnej, zainicjowana przez PCK, powinna objąć nie tylko miasta, ale wkroczyć również głęboko na wieś, niosąc ze sobą oświatę sanitarną.

Opierając się na licznym już dziś aparacie sanitarnym; korzystając z pomocy i poparcia komisji zdrowia rad narodowych oraz współdziałając z organizacjami społecznymi — z PCK na czele — kierownictwo służby zdrowia każdej rady narodowej powinno osiągnąć w 1952 roku wyraźny postęp w czystości i porządku sanitarnym naszego kraju".

Sprawa dyscypliny

Mówiąc bardzo obszernie o zagadnieniach dyscypliny i kontroli wykonania w służbie zdrowia, Minister stwierdza m. in.:

„Służba zdrowia jest dziś wielkim działem życia państwowego. Jesteśmy największym resortem socjalnym. Administracji służby zdrowia podlega przeszło 150.000 pracowników, wiele setek najróżnorodniejszych instytucji.

Wykonanie licznych i trudnych zadań, stojących przed służbą zdrowia, wymaga, ażeby wszystkie jej instytucje i kadry fachowe działały jako jednolity, zwarty i sprężysty *system.* Służba zdrowia — to nie jest konglomerat niezależnie od siebie pracujących instytucji, ale — powtarzam — zwarta jedność i całość. Rzecz prosta — warunkiem powodzenia działania takiego złożonego i dużego systemu jest właściwa organizacja i wysoka dyscyplina.

Dyscyplina jest podstawą sprawności działania, mającą szczególną wagę w okresie konieczności obrony kraju.

Polska Ludowa prowadzi i będzie niezachwianie prowadziła politykę umacniania pokoju. Nasza Partia i nasz Rząd wychowują cały naród w przywiązaniu do idei pokoju i uczą cały naród walczyć aktywnie o pokój.

Wiemy jednocześnie, że państwa imperialistyczne prowadzą intensywne przygotowania wojenne, skierowane przeciw podstawie i głównej sile obozu pokoju — Związkowi Radzieckiemu, a również i przeciw nam. Dlatego naszą wolę pokoju powinniśmy przekuwać w konkretną działalność polityczną, organizacyjną i gospodarczą, która będzie wzmacniała moc obronną naszego ludowego państwa.

Wzmożenie dyscypliny w całym aparacie służby zdrowia oznacza wzmocnienie jej sprawności, niezawodności w działaniu, oznacza podniesienie gotowości na wypadek obrony naszego pokoju.

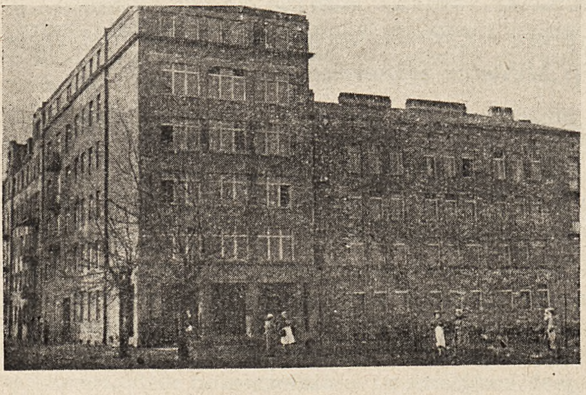
Lekceważyć sprawę dyscypliny, obniżać wymagania w tej dziedzinie — to osłabiać aparat władzy ludowej, to godzić w interes obronności naszego kraju. Sprawa dyscypliny nie jest tylko sprawą organizacyjną; jest to przede wszystkim sprawa polityczna...

...Chcę zwrócić przykładowo uwagę na parę spraw, które wymagają uregulowania i poprawienia:

Np. taka „banalna" sprawa, jak czystość i porządek w szpitalach. Mamy wzorowe, czyste, lśniące porządkiem szpitale. To nie są wyjątki. Jest ich wiele. Mamy jednak również szpitale, w których panują po prostu brudy. Co to znaczy? To znaczy, że dy-

rektor, który przyzwyczajony jest pracować na pewnym poziomie kulturalnym i który chce mieć czysty szpital — utrzymuje w nim ład, czystość i porządek; inny zaś, którego brak kultury i brudy nie rażą, topi szpital w brudach i zdarza się, że nie ma nikogo, kto by go zmusił do zaniechania takiej niekulturalnej i aspołecznej postawy.

Brudy i nieporządek w szpitalu — to widomy dowód niskiego stylu kierownictwa, rozprzężenia i niskiej dyscypliny wewnątrz zakładu, ale również świadczy o niedołęstwie i złym stylu pracy władzy administracyjnej służby zdrowia, nadzorującej dany zakład.



Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa Nr 4 w Warszawie mieści się w nowoodbudowanym gmachu przy ul. Wilanowskiej 4

Foto CAF

Inny przykład: sprawa dokumentacji szpitalnej. Historia choroby, czy księga zabiegów operacyjnych — to niejednokrotnie dokument dla sądu, to zawsze niezbędny dokument, którym posługuje się lekarz w codziennej pracy, czy nawet w badaniach naukowych. Są przepisy, które regulują te sprawy; okazuje się jednak, że zdarzają się niedbali w pracy lekarze, którzy ignorują te przepisy. Ale dlaczego toleruje ten stan bezpośredni zwierzchnik w zakładzie, czy kierownik powiatowego, względnie wojewódzkiego wydziału zdrowia, na którego terenie takie fakty się zdarzają? Czy nie rozumie on, że bezkarne łamanie obowiązujących przepisów demoralizuje podległy mu aparat?

Inny jeszcze przykład: sprawa skarg i zażaleń. Nie potrzebuję przypominać i tłumaczyć wagi społecznej, głębokiego, demokratycznego sensu wnikliwego i sprawnego rozpatrywania, załatwiania i wysnuwania ogólniejszych wniosków ze skarg i próśb obywateli. Tymczasem mamy bardzo częste wypadki złego, biurokratycznego stosunku administracji służby zdrowia do tego zagadnienia. Obywatel skarżąc się, daje dowód zaufania do władzy ludowej i wierzy, że braki będą usunięte. Czyż niektórzy kierownicy wydziałów zdrowia nie zdają sobie sprawy z tego, że swym lekceważącym stanowiskiem podrywają wiarę obywatela do władz Państwa Ludowego? Trzeba wreszcie, żeby wszyscy zdali sobie z tego sprawę i zrozumieli, że konsekwencje takiego postępowania z konieczności muszą być bardzo poważne.

Chcę wskazać jeszcze na jeden objaw braku dyscypliny, spotykany w niektórych naszych instytucjach. To sprawa punktualności pracy. Zdarzają się u nas nierzadko fakty, szczególnie rażące w pomocy otwartej, bardzo dowolnego, uzależnionego od własnego widzi mi się i nikomu bliżej nieznanego rozkładu pracy, stojącego w rażącej sprzeczności z ogłoszonymi w instytucji godzinami przyjęć. Taka „punktualność" godzi w interesy ludzi pracy, oczekujących na przyjęcie nieraz godzinami i nie mających pewności, że dostaną się do lekarza.

Takie fakty wskazują raz jeszcze na niski poziom odpowiedzialności w niektórych naszych instytucjach."

Sprawa oszczędności i walki z marnotrawstwem

Przechodząc wreszcie do sprawy marnotrawstwa Minister mówi:

„Tempo naszego rozwoju jest b. szybkie, wskaźniki planu narodowo-gospodarczego rosną z roku na rok, rosną również stale środki asygnowane przez Państwo na potrzeby służby zdrowia. Pamiętajmy, że koszty działalności służby zdrowia obarczają dochód narodowy, że każda nowa grupa pracowników, przystępująca do pracy w służbie zdrowia, czy każda nowa instytucja, przypadająca, jak zwykliśmy liczyć na 10 000 obywateli, jest przez nich utrzymywana. Pamiętajmy, że ostatnio przeżywaliśmy zaostrzone trudności, wynikające zarówno z dysproporcji w rozwoju przemysłu i rolnictwa, jak też i z powodu niespotykanej od 100 lat w naszym kraju posuchy.

Wszystko to nakazuje nam pracować oszczędnie, obniżać koszty i likwidować zbędne wydatki, zwalczać marnotrawstwo we wszelkich jego postaciach".

Dr Sztachelski zwraca szczególną uwagę na trzy następujące zagadnienia:
dyscyplinę płac
gospodarkę lekami, oraz
podniesienie stanu żywienia w szpitalach przez oszczędną gospodarkę.

Zakończenie referatu Ministra brzmiało:

Formułując zadania pracy służby zdrowia na rok bieżący, zastanawiając się nad drogami pokonywania trudności — nie wolno nam tracić z oczu perspektywy. Trzeba, żebyśmy mieli świadomość, że rozwijamy się szybko; że wnosimy trwały wkład w budowę nowego, socjalistycznego życia, że zaczynamy już zbierać pierwsze owoce naszej dotychczasowej pracy, które otwierają przed nami nowe możliwości rozwoju służby zdrowia.

Trzeba, żebyśmy rozumieli, że szybki rozwój, odbywający się w toku naprężonej pracy, wobec szybko i stale rosnących zadań, nie może odbywać się bez trudności i że *normalna droga naszego rozwoju — to droga pokonywania trudności.* Musimy hartować się i hartować wszystkich pracowników służby zdrowia w walce z trudnościami.

Trzeba wreszcie, żebyśmy mieli pełną świadomość naszych obowiązków.

Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej gwarantuje i utrwala prawo obywatela Polski Ludowej do ochrony zdrowia.

Dotychczasowy dorobek służby zdrowia, przemiany jakie w niej nastąpiły, ogromne środki jakie przeznacza Państwo Ludowe na cele służby zdrowia — zapewniają już dziś realność prawa opieki zdrowotnej, której dostępność osiągnęła poziom nigdy dotychczas w naszym kraju nieistniejący.

Zagwarantowanie obywatelowi prawa do ochrony zdrowia nie jest jednak statyczne; rozwija się ono, rozszerza i pogłębia z każdym miesiącem, z każdym rokiem, wraz z postępami budownictwa socjalistycznego. W tym procesie stałego wzrostu, rozwoju gwarancji prawa do ochrony zdrowia nie wolno pomijać, ani pomniejszać naszej roli — roli pracowników służby zdrowia. Nasza praca, nasza postawa, nasz hart w pokonywaniu trudności, osiąganiu postawionych celów — to ważne czynniki rozszerzające, urealniające jedno z najistotniejszych praw obywatela Polski Ludowej — prawo do zdrowia. Odwrotnie — nasze błędy, braki w naszej pracy, są czynnikami zwężającymi tę gwarancję.



Uczennica Szkoły Pielęgniarstwa zapoznaje się z narzędziami chirurgicznymi

Foto CAF

Będziemy walczyli o to, żeby wkładem naszej pracy, organizacją i dyscypliną, ideową postawą wszystkich naszych pracowników rozwijać i umacniać socjalistyczną służbę zdrowia; realizować marzenia postępowych lekarzy - społeczników o zapewnieniu opieki lekarskiej każdemu obywatelowi; podnosić polską służbę zdrowia do poziomu radzieckiej umacniać i rozszerzać prawa obywatela Polski Ludowej do ochrony zdrowia.

Wzmożenie wysiłku, wykonanie dodatkowych zadań, usunięcie zaniedbań i braków, podniesienie naszej pracy na wyższy poziom — będzie tym łatwiejsze, tym realniejsze, że odbywa się w atmosferze masowych i ambitnych zobowiązań, jakie szeroką falą napływają z całego kraju, ze wszystkich dziedzin pracy, ze wszystkich zakładów i instytucji, których pracownicy chcą uczcić 60-lecie drogiego każdemu Polakowi przywódcy ludu polskiego, kierownika państwa, przewodniczącego bohaterskiej Partii narodu polskiego — PREZYDENTA BOLESŁAWA BIERUTA.

HENRI DUNANT

Inicjator organizacji Czerwonego Krzyża (w 124-tą rocznicę urodzin)

W połowie ubiegłego stulecia Włochy toczyły wojnę o wyzwolenie narodowe spod jarzma austriackiego. Jedną z największych bitew tej wojny, między Włochami i sprzymierzoną z nimi armią francuską z jednej strony, a wojskami austriackimi z drugiej była bitwa pod Solferino 24 czerwca 1858 r., uważana za jedną z najkrwawszych w historii XIX wieku.

Henri Dunant — obywatel szwajcarski, ur. 8 maja 1828 r. w Genewie, był przypadkiem świadkiem bitwy pod Solferino.

Bitwa ta pochłonęła 40 000 ofiar zabitych i rannych; najtragiczniejsze było, że więcej żołnierzy zmarło wskutek ran i chorób, z braku opieki sanitarnej, niż padło zabitych w walce.

Ówczesny poziom, wyposażenie i stan personelu sanitarnego armii walczących był zupełnie niedostateczny wobec ogromu potrzeb, jaki narzucała wojna. Los walczących rannych i chorych był straszny. Wstrząsnął on do głębi Henri Dunant'em, który tak to utrwalił na kartach swoich „Wspomnień z Solferino".

„..... *Na kamiennych posadzkach, w szpitalach i kościołach Castiglione leżą pokotem żołnierze wszystkich narodowości. Francuzi i Arabowie, Niemcy i Słowianie, nie mają siły ruszyć się, nie mogą się też obrócić w tak ciasnej przestrzeni... błagają o pomoc lekarską, lub tarzają się w rozpaczliwych drgawkach, które zakończą się tężcem i śmiercią... inni z twarzą pokrytą muchami, żerującymi na ich ranach, rzucają dookoła przerażone spojrzenia, lecz znikąd nie widzą ratunku... płaszcz, koszula, ciało i krew wytworzyły okropną, zbitą, nieokreśloną mieszaninę, w której lęgną się już ro-*

baki... jeden z żołnierzy z rozpłataną czaszką kona, mózg rozlewa się po kamiennej posadzce, towarzysze niedoli odpychają go nogą, bo tamuje przejście...“

Ogrom cierpień ludzkich odmalowany w tych obrazach, narzucał wprost myśl o stworzeniu jakiegoś stowarzyszenia dobrowolnej pomocy i opieki nad rannymi i chorymi, któreby przejęło na siebie troskę o człowieka cierpiącego wskutek wojny, któreby uzupełniło i częściowo zastąpiło wojskową służbę sanitarną w krajach walczących.

Henri Dunant z przypadkowego świadka bitwy stał się organizatorem włoskiej ludności cywilnej w spontanicznej akcji niesienia pomocy i opieki rannym i chorym żołnierzom pod Solferino.



Henri Dunant, inicjator międzynarodowej organizacji Czerwonego Krzyża

HENRI Dunant postawił sobie następujące pytanie: „czy nie byłoby możliwe utworzenie w okresie pokoju w różnych krajach dobrowolnych stowarzyszeń dla niesienia pomocy i opieki rannym i chorym na czas wojny“ i „czy nie należałoby dążyć do zwołania międzynarodowego kongresu celem ustalenia pewnych podstawowych zasad, konwencji międzynarodowych, któreby obowiązywały wszystkie państwa i były ściśle przestrzegane, jako podstawa działalności tych stowarzyszeń?“

Oczywiście, że dziś te sformułowania wydają się mocno niedostateczne, a nawet nietrafne, ponieważ starają się leczyć skutki, zamiast usuwać przyczyny wojny, która, jak to zresztą rozumiał Dunant, jest najstraszliwszą klęską ludzkości.

Patrząc jednak z perspektywy prawie 100 lat na pracę Henri Dunant'a, uwieńczoną powstaniem Międzynarodowej Organizacji Czerwonego Krzyża i uchwaleniem w 1864 r. I Konwencji Genewskiej — o polepszeniu losu rannych i chorych w armiach walczących — należy stwierdzić, że w ówczesnej epoce, kiedy sprzeczności ustroju kapitalistycznego nie wystąpiły jeszcze w jaskrawej i brutalnej formie imperializmu współczesnego — myśl utworzenia Narodowych Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Międzynarodowej Organizacji Czerwonego Krzyża, które miały łączyć w sobie cel humanitarny z pracą nad rozwinięciem zasady pokojowego współżycia narodów — była dziełem słusznym i potrzebnym.

Jeżeli mówimy o zasługach Henri Dunant'a, to musimy jednak podkreślić, że pierwszym człowiekiem, który rzucił myśl stworzenia międzynarodowej organizacji sanitarnej, pierwszym, który dokonał całkowitej rewolucji w szpitalnictwie, wprowadzając opiekę przeszkolonego personelu pielęgniarskiego nad rannymi i chorymi podczas wojny Krymskiej 1854 r. — był rosyjski chirurg i uczony Mikołaj Pirogow (1810 — 1881). Idea Pirogowa zdobyła sobie uznanie całego świata.

Jest rzeczą jasną, że przemiany polityczne i społeczne, jakie dokonały się na przestrzeni lat, dzielących nas od powstania pierwszych organizacji Czerwonego Krzyża, postawiły przed Międzynarodowym Czerwonym Krzyżem i Narodowymi Czerwonymi Krzyżami inne zadania i inne metody działania.

W dobie obecnej, kiedy centralnym zagadnieniem ludzkości jest walka o utrzymanie pokoju przez zwalczanie i usuwanie przyczyn wojen, metody filantropijnego i doraźnego leczenie skutków wojny, zacierają potrzebę walki o pokój, a więc są wręcz szkodliwe.

Wychodząc z tych założeń, Polski Czerwony Krzyż stawia konsekwentnie zagadnienie walki o pokój jako podstawowe zadanie w swej pracy na terenie kraju, jak również i na forum międzynarodowym. Na wszystkich konferencjach międzynarodowych organów Czerwonego Krzyża — Polski Czerwony Krzyż wespół z Czerwonymi Krzyżami Związku Radzieckiego i krajów Demokracji Ludowej walczy o pełne i aktywne włączenie się Organizacji Czerwonokrzyskich do ogólno-światowej akcji obrońców pokoju, prowadzonej przez Światową Radę Pokoju, Światową Federację Związków Zawodowych, demokratyczne organizacje młodzieżowe i kobiece. Polski Czerwony Krzyż domaga się ścisłego i energicznego wykonywania uchwał Międzynarodowych Konferencji Czerwonego Krzyża, które to uchwały potępiają agresję i użycie broni masowej zagłady i wzywają Narodowe Czerwone Krzyże do wzmożenia działalności w obronie pokoju — jako podstawowej idei Czerwonego Krzyża.

W imię tej idei Polski Czerwony Krzyż protestuje jak najostrzej przeciwko wojnie bakteriologicznej i metodom ludobójczej walki, stosowanym przez agresorów amerykańskich wobec narodu koreańskiego.

Z. D.

PROTEST POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA

W związku z podanym przez prasę oświadczeniem ministra spraw zagranicznych Koreańskiej Republiki Ludowo - Demokratycznej o użyciu broni bakteriologicznej przez najeźdźców amerykańskich, Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża wysłał następujące pismo, protestujące do Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża i Ligi Czerwonych Krzyży w Genewie.

Polski Czerwony Krzyż przyjął z głębokim oburzeniem wiadomość o ponownym użyciu przez interwentów amerykańskich broni bakteriologicznej w Korei, opublikowaną przez Rząd Koreańskiej Republiki Ludowo-Demokratycznej. ,

Polski Czerwony Krzyż protestuje jak najostrzej przeciwko tym ludobójczym metodom wojny, sprzecznymi z zasadami prawa międzynarodowego, przyjętymi przez cały cywilizowany świat.

Polski Czerwony Krzyż w imię idei humanitaryzmu, która jest podstawową ideą Czerwonego Krzyża, wzywa Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża i Ligę Czerwonych Krzyży do podjęcia energicznej akcji w celu uniemożliwienia w przyszłości powtórzenia ponownych zbrodni nad narodem koreańskim.

Doc. dr RYSZARD WROCZYŃSKI

ZAGADNIENIA PEDAGOGICZNE W PRACY PIELĘGNIARSKIEJ

Ze względu na to, że pedagogika jest nauką o wychowaniu, wysuwa się często wniosek, iż zajmuje się ona wyłącznie sprawą wychowania młodej generacji, a znajomość jej problematyki obowiązywać powinna rzekomo jedynie nauczycieli i wychowawców młodzieży. Jest to pogląd niesłuszny. Zagadnienia wychowania i nauczania obejmują dziedziny znacznie szersze niż samo szkolnictwo, a znajomość podstaw pedagogiki niezbędna jest wielu grupom pracowników, którzy w jakiś określony sposób kształtują jednostki lub zespoły ludzkie, w szczególności zaś — pracownikom i działaczom społecznym, zawodowym, kulturalnym, oświatowym itd.

Pielęgniarstwo należy do zawodów, które stosunkowo ściśle wiążą się z pedagogiką. Pomijając dziedzinę oświaty sanitarnej — planowego systemu, mającego na celu leczenie względnie zapobieganie chorobom, praca pielęgniarki przybiera często charakter szerszych oddziaływań społeczno wychowawczych, które niewątpliwie wymagają znajomości pewnych zasad i metod postępowania.

Pielęgniarstwo stanowi rozległą dziedzinę pracy — teren różnorodnych specjalizacji. W zakres czynności pielęgniarki wchodzi nie tylko pielęgnowanie chorych, chociaż — oczywiście — jest to jej funkcja zasadnicza. Odkąd medycyna poza leczeniem chorób zajęła się również sprawą zapobiegania im, przed pielęgniarstwem stanęły nowe zadania: obok pracy pomocniczo-lekarskiej — rozległy teren samodzielnych czynności o pierwszorzędnym znaczeniu dla zdrowia publicznego. Konkretne możliwości dla pracy w tych dziedzinach stworzyły instytucje otwartej służby zdrowia, mające na celu — poza leczeniem — podnoszenie zdrowotności jak najszerszych mas. Znakomity rozwój otwartej służby zdrowia w Polsce zawdzięczać należy przemianom społeczno-ustrojowym, jakie nastąpiły po drugiej wojnie światowej.

Ze stanowiska problematyki pedagogicznej ważne jest rozróżnienie dwuch rodzajów pielęgniarstwa — w zamkniętej i otwartej opiece lekarskiej.

W lecznictwie zamkniętym

Do niedawna powszechnie panował pogląd, że do pracy pielęgniarskiej w szpitalu wystarcza znajomość techniki zabiegów pielęgniarskich oraz pewnych elementów wiedzy lekarskiej. We współczesnym szpitalu jednak tak wąsko pojęta

specjalizacja zawodu pielęgniarskiego nie może mieć miejsca. Społeczno-pedagogiczny charakter pracy pielęgniarskiej wiąże się ściśle z czynnym współudziałem średniego personelu medycznego w procesie leczenia przez ciągłość opieki nad chorym. Kontakt pielęgniarki z chorym jest stały i bezpośredni, zaś jakość i rodzaj tego kontaktu w wysokim stopniu oddziaływuje na chorego i nie pozostaje bez wpływu na przebieg leczenia. Znajomość więc elementów psychologii ogólnej i pedagogicznej w warunkach pracy szpitalnej jest sprawą niewątpliwie ważną, podobnie jak praca w zakładach psychiatrycznych i neurologicznych wymaga stanowczo znajomości psychopatologii.

Duże znaczenie praktyczne posiada zainteresowanie się pielęgniarki psychiką chorego; interesuje ją przecież jak ma ułożyć swój stosunek do chorych, by jej praca była celowa i pożyteczna z punktu widzenia lecznictwa; w jaki sposób kompensować momenty rozstroju psychicznego, przeżywane przez pacjenta na skutek dłuższego przebywania w zakładzie leczniczym i cierpień spowodowanych schorzeniem?

Psychika człowieka chorego, i to zarówno dziecka jak i dorosłego, nie jest dotąd dostatecznie zbadana. Brak na ten temat szczegółowych studiów. Nieliczne badania zwracają uwagę na szczególną wrażliwość chorego. Badania nad dziećmi przewlekle chorymi (T. Nowacki — Psychika dziecka przewlekle chorego, Łódź 1948) wskazują wyraźnie na powstawanie urazów i kompleksów psychicznych w następstwie długotrwałej choroby, oraz na wrażliwość i drażliwość w stosunku do otoczenia. Dla uzyskania jak najlepszych wyników w czasie pielęgnowania chorego, pielęgniarka powinna interesować się jego warunkami życiowymi, jego otoczeniem, i w miarę możności zapobiegać wszelkim ujemnym wpływom i szkodliwym nawykom. Utrwalenie wyników leczenia szpitalnego wcale nierzadko zależy od przetworzenia sposobu życia pacjenta i jego środowiska. Nie jest to wcale sprawa łatwa, częstokroć o wiele trudniejsza od samego procesu leczenia, wymaga szczególnej umiejętności oddziaływania wychowawczego, opartego nie na intuicji i wyczuciu, lecz na znajomości psychologii i pewnych elementów pedagogiki.

W lecznictwie otwartym

Społeczno-pedagogiczna problematyka w dziedzinie pielęgniarstwa w znacznie szerszym zakresie uwidacznia się w otwartej pomocy lekarskiej. W przychodni. ośrodku zdrowia, itp. rola pielęgniarki odznacza się większą samodzielnością niż jej rola w szpitalu. Obok lecznictwa, ośrodki zdrowia prowadzą szeroką akcję profilaktyczną szczególnie wśród otoczenia samego chorego. Wymaga to od pielęgniarki pewnej orientacji w problematyce akcji socjalnej, umiejętności badania środowiska — obserwacji, wywiadu, ankiety, a więc techniki, jaką w swoich badaniach posługują się nauki społeczne i pedagogiczne. Nie jest to wcale sprawa łatwa; jej celowość i skuteczność zależą nie tylko od teoretycznego przygotowania i wprawy, nabywanej w toku ćwiczeń i doświadczeń, ale i od umiejętności uogólniania stwierdzonych faktów, właściwej ich interpretacji i wyciągania słusznych wniosków.

Niektóre instytucje wymagają dodatkowej specjalizacji, w szczególności zaś ten zespół instytucji, jaki obejmuje dzieci i młodzież — żłobki, przedszkola, domy dziecka, prewentoria, pogotowia opiekuńcze, kolonie letnie itp. Wychowawcze funkcje pielęgniarki w instytucjach tego rodzaju zarysowują się szczególnie wyraźnie. Obcowanie z dziećmi i młodzieżą wymaga znajomości ich fizycznego i psychicznego rozwoju, oraz zasad wychowania, odpowiednich dla poszczególnych faz rozwoju. Rola średniego personelu medycznego nie może być tu pojmowana jedynie jako pielęgnowanie chorych. Odpowiednio przeszkolona pielęgniarka, pracą swoją, stanowi zasadnicze dopełnienie pracy personelu pedagogicznego.

Dydaktyczna rola pielęgniarki

Pielęgniarka pełni również często funkcje nauczycielskie, tak w otwartej jak i w zamkniętej służbie zdrowia. Pielęgniarka naucza chorego racjonalnego postępowania i stosowania zabiegów, mających na celu przeciwdziałanie chorobie, podobnie, jak poucza zdrowych z otoczenia chorego — jak skutecznie zapobiegać zachorowaniu. Te funkcje nauczycielskie wymagają odpowiedniej techniki nauczania oraz znajomości zasad, metod i racjonalnej organizacji procesu nauczania.

Teren pracy dydaktycznej pielęgniarki bywa częstokroć bardziej rozległy niż teren pracy zawodowego pedagoga. Są to bowiem zespoły dzieci i młodzieży, a także ludzi dorosłych, różnych zawodów, o rozmaitym przygotowaniu i różnorodnych zainteresowaniach. By w takich warunkach zadaniom dydaktycznym sprostać,

trzeba umieć dostosować tok nauczania do właściwości myślenia i przyswajania, charakterystycznych dla poszczególnych faz rozwoju psychicznego; trzeba znać metodykę uczenia i sposób ujmowania zagadnień przez człowieka dorosłego.

Wychowawcza rola instruktorek

Szczególną wagę mają umiejętności dydaktyczne dla pracy instruktorskiej w dziedzinie pielęgniarstwa. Rozwój szkół pielęgniarstwa, szkół felczerskich, kursów przysposabiających do udzielania doraźnej pomocy w nagłych wypadkach, upowszechnienie zasad higieny społecznej — wymagają licznych kadr pielęgniarskich, które by obok dobrego przygotowania fachowego posiadały umiejętność kształcenia pracowników w tej dziedzinie.

Nauczanie teorii i praktyki pielęgniarstwa nie jest łatwą dziedziną nauczania. Chodzi tu bowiem nie tylko o podanie wiadomości słuchaczowi, ale i o wyćwiczenie w praktycznym ich zastosowaniu. Jakość i trwałość wyników nauczania wymagają odpowiedniego dozowania pokazów, ćwiczeń, demonstracji, zwiedzań itp., których skuteczność w dużej mierze zależy od racjonalnej i metodycznej ich organizacji. Dla pielęgniarki-instruktorki znajomość pedagogiki i dydaktyki stanowi umiejętność nie pomocniczą, lecz podstawową.

Uwagi powyższe mają charakter ogólny; celem ich nie jest ustalenie szczegółowych powiązań pomiędzy pielęgniarstwem a naukami pedagogicznymi, a jedynie uzasadnienie potrzeby takich powiązań. Pielęgniarstwo opiera się na kilku dziedzinach wiedzy, między innymi na danych nauk pedagogicznych. Elementy tych nauk powinny więc być włączone do programu szkolenia pielęgniarek, bądź do podstawowego, w szkołach pielęgniarskich, bądź też dopełniającego, w formie kursów specjalizacyjnych w toku pracy zawodowej. Pewną rolę spełnić może planowe samokształcenie, dla którego wydatną pomocą będą czasopisma zawodowe, uwzględniające problematykę z zakresu społeczno-pedagogicznej pracy pielęgniarki.

Ryszard Wroczyński

DANUTA ŁOPOTT

ZŁAMANIA KOŚCI KOŃCZYN I KRĘGOSŁUPA

Aby mówić o złamaniach kości, musimy zdać sobie wpierw sprawę, jaką rolę w ogóle odgrywają kości w naszym ciele. Otóż, kościec jest wewnętrznym rusztowaniem ciała, a złamanie kości — rusztowanie to burzy w mniejszym lub większym stopniu.

Złamaniem nazywamy przerwanie ciągłości kości.

Przyczyny złamań są różnorodne, w zależności zaś od przyczyny mówimy o złamaniach chorobowych (patologicznych) i urazowych.

Złamania chorobowe są różnorodne, w zależności zaś od przyczyny mówimy o złamaniach chorobowych (patologicznych) i urazowych.

Złamania chorobowe jakiejś kości powstają w następstwie usadowienia się tam takich zmian chorobowych, jak nowotwór złośliwy (rak, mięsak), zapalenie szpiku kostnego, gruźlica, kiła itd. Schorzenia ogólne mogą być również przyczyną złamań, zwłaszcza zaś krzywica, rozmiękczenie kości, jamistość rdzenia, porażenie postępujące itp.

Złamania urazowe powstają na skutek uderzenia, upadku, przejechania, postrzału lub czasami w chwili wykonywania szybkiego, niezręcznego ruchu.

O złamaniu bezpośrednim mówimy, jeżeli występuje ono w miejscu zadziałania urazu, o złamaniu pośrednim natomiast, jeśli powstaje w miejscu odległym od zadziałania urazu.

Złamania zdarzają się przeważnie u dorosłych i starców, ze względu na kruchość kości:

u dzieci natomiast — dzięki dużej sprężystości aparatu kostnego złamania kości są rzadsze.

Jeżeli kość łamie się na całej grubości, mówimy o złamaniu zupełnym, w przeciwnym razie złamanie bywa niezupełne — nadłamanie, pęknięcie. W wieku dziecięcym, na skutek wspomnianej wybitnej sprężystości kośćca, dość często zdarzają się złamania podokostnowe, w których zachowana okostna utrzymuje odłamy w prawidłowym ustawieniu. Poza tym u dzieci spotyka się szczególną postać złamań, mianowicie oderwanie nasad kości długich (epiphysiolysis).

Złamania, przy których skóra w miejscu przełomu nie została uszkodzona nazywają się zamkniętymi. Jeżeli natomiast całość skóry została naruszona, mówimy o złamaniach otwartych, a jeśli przy tym uszkodzone zostały mięśnie, duże naczynia krwionośne i nerwy — mówimy o złamaniach powikłanych.

Złamania otwarte są szczególnie niebezpieczne, albowiem przez ranę w skórze łatwo do głębszych tkanek przenikają drobnoustroje i, znajdując tam sprzyjające warunki rozwoju, wywołują miejscowy proces ropny, obejmujący często i samą kość. Następstwem tego bywa niejednokrotnie ciężkie zakażenie ogólne.

Złamania kości mogą być poprzeczne, skośne lub spiralne, a wreszcie kość może ulec zdruzgotaniu lub strzaskaniu, np. przy postrzale.

Na skutek działania siły wywołującej złamanie i kurczliwości mięśni, odłamy ulegają często przemieszczeniu. Odłamy przemieszczają się w kierunku podłużnym, innym razem ustawiają się pod kątem, kiedy indziej znów — wklinowują się wzajemnie. Czasem przemieszczenie pociąga za sobą wydłużenie kończyny, częściej jednak — skrócenie.

Objawy złamań dzielimy na podmiotowe i przedmiotowe.

Ból, występujący w chwili złamania i trwający nieraz długi czas po wypadku, jest najważniejszym objawem podmiotowym. Obmacując uszkodzoną kończynę stwierdza się, że największa bolesność utrzymuje się w miejscu szczeliny złamania, co nieraz — przy braku innych objawów — pozwala dokładnie zlokalizować miejsce złamania.

Oglądając złamaną kończynę widzi się zazwyczaj zmianę kształtu i ułożenia, co jest następstwem przemieszczenia odłamów kostnych. Dalszym objawem przedmiotowym jest obrzęk w miejscu złamania, nieraz bardzo duży, i zasinienie, powstałe na skutek wylewu krwi z uszkodzonych naczyń krwionośnych. Następnym charakterystycznym objawem jest nagłe zaburzenie czynności kończyny. Chory ze złamaną kością udową lub ramieniową nie będzie mógł podnieść kończyny do góry (przy t. zw. „złamaniach zaklinowanych objawu tego może brakować).

Objawem bardzo wymownym jest nieprawidłowa ruchomość kości w miejscu złamania oraz tarcie odłamków kostnych słyszalne lub wyczuwalne przy próbach przesuwania ich względem siebie. W przypadkach nie budzących wątpliwości należy unikać sprawdzania dwóch ostatnich objawów, aby nie sprawiać choremu bólu i nie uszkadzać tkanek miękkich.

W każdym przypadku podejrzanym o złamanie należy wykonać zdjęcie rentgenowskie, które stanowi decydujący moment rozpoznawczy. Zdjęcie rentgenowskie musi być wykonane zawsze w dwóch prostopadłych do siebie płaszczyznach, a mianowicie: przednio-tylnej (A—P) i bocznej (profil), co pozwala zorientować się w ustawieniu odłamów. Dzięki kontroli rentgenowskiej można obserwować zmiany w ustawieniu odłamów w ciągu leczenia oraz sprawdzać postęp gojenia się, śledząc narastanie kostniny.

Po kilku dniach w miejscu złamania zaczyna się tworzyć kostnina w formie wrzeciona, obejmującego odłamy, w której po pewnym czasie odkładają się sole wapniowe. Czas tworzenia się zrostu bywa rozmaity, a zależy od wieku chorego, od jego stanu ogólnego, oraz od rozmiarów uszkodzonej kości. Drobne kości zrastają się zwykle po 2 — 4 tygodniach, duże natomiast po 3 miesiącach, a nawet dłużej (zwłaszcza kość udowa lub szyjka kości udowej). Musimy także liczyć się z ewentualnymi zaburzeniami w tworzeniu się kostniny — z opóźnianiem lub nawet całkowitym brakiem zrostu. Zazwyczaj zdarza się to wtedy, gdy odłamy kostne są od siebie znacznie oddalone, albo jeśli pomiędzy odłamy dostaną się tkanki miękkie (interpozycja np. mięśni). Czasem w miejscu złamania stwierdza się uderzającą ruchomość na skutek wytworzenia się t. zw. stawu wrzekomego (pseudoarthrosis).

Gojenie się kości opóźnia się z przyczyn miejscowych, jak zdruzgotanie odłamów lub wadliwe leczenie, i z przyczyn ogólnych, do których należy niedostateczne odżywianie, awitaminozy, gruźlica, kiła itd.

Pierwsza pomoc w złamaniach polega na jak najszybszym unieruchomieniu kończyny. Do unieruchomienia służą szyny KRAMERA, VOLKMANNA, THOMASA, DIT-

TRICHSA i in. W braku szyn typowych można w tym samym celu użyć łupek drewnianych, kijów od szczotek, lasek itp., a w warunkach frontowych — karabinów, bagnetów itp.

Jeżeli mamy do czynienia ze złamaniem otwartym, na ranę należy wpierw położyć jałowy opatrunek, a następnie, dla ochrony od ucisku, owinąć kończynę watą i dopiero wtedy unieruchomić za pomocą wyżej wymienionych przedmiotów.

Unieruchomienie na czas transportu chorego ma na celu zapobiec bólom i dalszemu uszkadzaniu tkanek miękkich odłamami kostnymi. Oprócz złamanej kości unieruchamiamy równocześnie zawsze dwa sąsiednie stawy — powyżej i poniżej miejsca złamania.

Leczenie złamań ma na celu odtworzenie w miarę możności prawidłowych stosunków anatomicznych, a przede wszystkim — przywrócenie kończynie jej fizjologicznej czynności. Z tego względu leczenie rozpoczyna się od zestawienia odłamów (repositio). Ponieważ jest to zabieg bolesny, a przy tym na skutek wzmożonego napięcia mięśni zwiększa się przemieszczanie odłamów, przeto zestawienie wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym (nowokainą) lub w uśpieniu ogólnym.

Po repozycji staramy się — rzecz jasna — utrzymać odłamy w poprawnym ustawieniu aż do całkowitego zagojenia.

Najlepszym sposobem ustalenia odłamów jest unieruchomienie w opatrunku gipsowym. Niekiedy wystarcza longeta gipsowa, którą nakłada się na złamaną kończynę i przymocowuje zwykłymi opaskami (np. przy złamaniu kości promieniowej w miejscu typowym); w innych wypadkach longetę gipsową przymocowuje się okrężnymi opaskami gipsowymi, modelując przy tym gips odpowiednio do kształtu kończyny. Tego rodzaju opatrunki gipsowe nakłada się w złamaniach kości podudzia, kości przedramienia itd. Złamania kości podudzia, jak wykazuje doświadczenie, zrastają się szybciej, jeżeli chory obciąża złamaną kończynę; w tym celu pacjentowi zaleca się chodzenie z opatrunkiem gipsowym, a dla ułatwienia poruszania się z gipsem na stopę zakłada się obcas drewniany lub metalowe strzemię.

W złamaniach uda, podudzia z dużym przemieszczeniem odłamów, a także niekiedy w złamaniach kości ramieniowej stosuje się metodę wyciągową. Stałe działanie wyciągu, zazwyczaj ze znacznym obciążeniem, pokonuje opór mięśni i umożliwia osiągnięcie prawidłowego ustawienia odłamów.

Rozróżniamy wyciągi pośrednie i bezpośrednie.

Wyciąg pośredni polega na pociąganiu odłamów za pomocą przylepca, który przylepia się do złamanej kończyny i obciąża odpowiednim ciężarem. Taki wyciąg jednak rzadko daje dobre wyniki, powoduje natomiast często uszkodzenie skóry. Z tego względu przeważnie stosuje się obecnie wyciąg bezpośredni czyli szkieletowy, w którym odłam kostny pociągany jest za pomocą drutu lub gwoździa przeprowadzonego przez kość. W złamaniach kości udowej stosuje się np. gwóźdź Steinmanna lub drut Kirschnera przeprowadzone przez dolną nasadę kości udowej lub nieco powyżej. W niektórych złamaniach uda punktem zaczepienia wyciągu bywa guzowatość kości piszczelowej, przez którą przeprowadza się drut. W złamaniach kości podudzia odłamy wyciąga się za pomocą gwoździa Steinmanna przeprowadzonego przeprowadzonego przez kość piętową.

Gwoździe i druty zakłada się ręcznie, posługując się przy tym specjalnymi przyrządami. Niekiedy do tego celu używa się aparatów elektrycznych. Założenie gwoździa czy drutu należy do zabiegów operacyjnych i wykonuje się w znieczuleniu (najlepiej miejscowym — 1/4—1% nowokainą) przy zachowaniu ścisłej aseptyki. W czasie zakładania gwoździa kończyna dolna powinna spoczywać na szynie Brauna. Gwóźdź lub drut umocowuje się specjalną klamrą, do której doczepiony jest sznur obciążony na końcu ciężarem. Sznur spoczywa na bloczku. Obciążenie dla uda wynosi 6 — 12 kg, dla podudzia 4 — 10 kg. W czasie działania wyciągu nogi łóżka powinna być uniesione ku górze o 15 — 20 cm.

W przypadku złamania kości ramieniowej umieszcza się chorą kończynę na szynie odwodzącej, zbudowanej z szyn Kramera. W razie znacznego przemieszczenia odłamów zakłada się ponadto wyciąg za wyrostek łokciowy (olecranon).

W przypadku złamań otwartych usuwa się z rany wszelkie zanieczyszczenia (ziemię, strzępy ubrania itp.), przemywa ranę środkami antyseptycznymi lub solą fizjologiczną, wycina brzegi rany, stosuje się miejscowo sulfonamidy lub penicylinę, a następnie ranę się zaszywa. Leczenie tego rodzaju stosować można tylko w świeżych złamaniach otwartych. Stare i zakażone złamania otwarte leczy się bez zaszywania, drenując.

W przypadkach złamań otwartych bezwzględnie konieczne jest podanie surowicy przeciwtężcowej i przeciw zgorzeli gazowej.

W niektórych złamaniach, dla uzyskania prawidłowego ustawienia odłamów uciec się trzeba do zabiegu operacyjnego. Odłamy łączy się za pomocą bolców kostnych, wprowadzonych doszpikowo, albo za pomocą drutu, śrub lub blaszek metalowych. Złamania poprzeczne leczy się często za pomocą tzw. gwoździa Küntschera, który wprowadza się do kanału szpikowego. W złamaniach szyjki kości udowej stosuje się tzw. gwóźdź Smith-Petersena, który wprowadza się do szyjki pod kontrolą aparatu rentgenowskiego.

Pacjenci ze złamaniami kości wymagają bardzo starannego pielęgnowania i muszą pozostawać pod stałą, troskliwą opieką.

Powikłania złamań mogą być natury ogólnej lub miejscowej. Bardzo częstym powikłaniem ogólnym bywa tzw. w s t r z ą s (s z o k), który powstaje głównie w otwartych złamaniach kości długich. Niekiedy po złamaniach spotyka się przypadki zatorów tłuszczowych.

Długotrwałe leżenie na plecach łatwo prowadzić może do zapalenia płuc, zwłaszcza u osób starszych lub chorych na serce. Zapobiegamy temu trzymają chorych w miarę możności w pozycji półsiedzącej, stosując gimnastykę oddechową oraz środki nasercowe. Niesłychanie ważne jest przestrzeganie skrupulatnej czystości skóry, aby zapobiec tworzeniu się odleżyn.

Jako powikłanie miejscowe dość często w okolicy złamania pojawiają się liczne pęcherze, zawierające treść surowiczą lub krwawą, które zdradzają szczególną skłonność do ropienia.

Specjalną uwagę należy zwrócić na opatrunki gipsowe, zwłaszcza w ciągu pierwszych 48 godzin od chwili ich założenia. Zjawienie się b ó l u dowodzi, że opatrunek nałożony został zbyt ściśle. Obrzęk, sinica i oziębienie palców, zaburzenia czucia itp. stanowią wskazania do jak najszybszego przecięcia opatrunku gipsowego.

Jako leczenie n a s t ę p o w e (po wytworzeniu się zrostu kostnego) stosuje się masaże, ruchy bierne i czynne, kąpiele, diatermie, sollux itp. zabiegi fizykoterapeutyczne.

Złamania kręgosłupa powstają w następstwie silnych urazów bezpośrednich, w razie przysypania gruzem, upadku z dużej wysokości na wyprostowane kończyny dolne, i wreszcie na skutek postrzału. Złamaniom kręgów bardzo często towarzyszy jednoczesne zwichnięcie.

Złamanie kręgu objawia się jako miejscowy ból samoistny lub występujący przy opukiwaniu, lub uciskaniu. Czasem ból zjawia się przy ucisku na głowę lub barki. Oglądaniem nierzadko w miejscu złamania stwierdzić można garb.

Jeżeli odłamy uszkodzonego kręgu uciskają na rdzeń kręgowy, wówczas zjawiają się objawy n e r w o w e, w postaci porażenia lub niedowładu kończyn, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. itd.

Leczenie złamania kręgu niepowikłanego objawami rdzeniowymi, sprowadza się do ułożenia chorego na grzbiecie na jakimś twardym podłożu, najlepiej na deskach. W niektórych wypadkach zakłada się wyciąg w postaci tzw. p ę t l i G l i s s o n a, która obciążona na końcu pociąga chorego za głowę, obejmując brodę. Kiedyindziej pod złamany krąg podkłada się w odpowiedni sposób poduszki. Wreszcie trzyma się chorego przez szereg miesięcy w tzw. łóżeczku gipsowym, które obejmuje głowę, tułów i kończyny dolne. Chorym już podleczonym zakłada się gorsety gipsowe.

W niektórych przypadkach świeżych złamań kręgów, połączonych z objawami rdzeniowymi, wykonuje się zabieg operacyjny zwany l a m i n e k t o m i ą.

Szczególnie ważne jest bardzo troskliwe pielęgnowanie chorych, tych zwłaszcza, u których wystąpiły objawy porażenia. Baczną uwagę zwracać trzeba na skórę chorego i zapobiegać tworzeniu się odleżyn, które u chorych tego rodzaju powstają niesłychanie łatwo na skutek zaburzeń nerwowych i zanieczyszczania się. Chorzy tacy najczęściej nie oddają samodzielnie moczu i trzeba uciekać się do cewnikowania; należy to robić bardzo często, i często płukać pęcherz środkami antyseptycznymi, aby uniknąć zakażenia dróg moczowych. Przy porażeniu prostnicy stosuje się lekką dietę, lewatywy oraz łagodne środki przeczyszczające.

Jeżeli chory w ciągu kilku miesięcy nie odzyska ruchów i czucia, zostaje kaleką na całe życie, albo — co się częściej zdarza — umiera w następstwie odleżyn, zakażenia dróg moczowych lub zapalenia płuc.

Danuta Łopott

M. SOKOŁOW
kandydat nauk medycznych

PROFILAKTYKA I LECZENIE GRYPY

Grypa jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez zarazek przesączalny wirus, znajdujący się w wydzielinach z dróg oddechowych chorego. Znamy dwa rodzaje wirusów, A i B, które obok pewnych cech wspólnych posiadają szereg cech odróżniających je od siebie tak dalece, że można je klasyfikować jako dwa zupełnie odrębne rodzaje. Różnice te występują nie tylko przy badaniach serologicznych (odczyn hemaglutacyjny), lecz i przy obserwacji odporności. Doświadczalne uodpornienie zwierząt laboratyjnych, jak również obserwacje ludzi, którzy przebyli grupę, wykazały, że odporność wywołana przez wirusa typu A nie zabezpiecza przed zachorowaniem na grypę typu B.

Dane zebrane w ciągu ostatnich lat mówią o różnicach, występujących w ramach tej samej grupy wirusa.

Od roku 1917 w okresach nasilenia grypy wyodrębniono szczepy wirusa grypy A, których właściwości (jako antygenów) różniły się znacznie od poprzednio wyhodowanych wirusów tej samej grupy. Równocześnie jednak wykryto szereg cech wspólnych, które pozwoliły sklasyfikować je jako odmianę wirusa grypowego A — A1. Szczepy wirusów grypy typu B pod względem serologicznym są bardziej jednolite i, jak dotąd, nie ma podstaw do mówienia o różnicach w obrębie tej grupy. Nowe dane z biologii wirusa mają wielkie znaczenie dla diagnostyki i profilaktyki.

Przy opracowywaniu i wprowadzaniu w życie przepisów zapobiegawczych należy liczyć się z charakterystycznymi cechami epidemiologii grypy.

A więc cechą charakterystyczną grypy wirusowej jest przede wszystkim wielka jej zaraźliwość, liczne ogniska i szybki wzrost zachorowalności. Dalej, charakterystyczna dla grypy wirusowej jest wtarzają się przeważnie co dwa — trzy lata. Nie znaczy to, by nie było przypadków zachorowań w okresach między epidemiami. Zachorowania na grypę zdarzają się stale, częściej jednak w okresie jesiennym i zimowym.

Przyczyną powstawania i szybkiego szerzenia się epidemii jest wielka wrażliwość ludzi na ten rodzaj infekcji. Wygasanie ognisk epidemicznych tłumaczy się zwiększeniem się odporności w następstwie przechorowania dużej liczby osób. Zanikanie nabytej odporności tłumaczy z kolei okresowość występowania epidemii.

Wśród chorób mylnie rozpoznawanych jako grypa, wymienić trzeba przede wszystkim zaostrzenia przewlekłych schorzeń nosa i gardła (katary nosa, zapalenie migdałów i gardzieli) oraz zapalenie zatok bocznych nosa. Najwięcej jednak trudności sprawia lekarzowi różnicowanie grypy z wielką grupą schorzeń — tzw. ostrych nieżytów dróg oddechowych. Bardzo często jako grypę rozpoznaje się szereg chorób zakaźnych, którym towarzyszą objawy nieżytu dróg oddechowych (płonica, odra, dur osutkowy i in.).

Przyjęta obecnie klasyfikacja *Smorodincewa,* która obejmuje grypę wirusową typu A i B oraz ostre nieżyty dróg oddechowych może stanowić podstawę diagnostyki różniczkowej schorzeń grypowych. Do ostrych nieżytów dróg oddechowych zalicza się jednak różnorodne schorzenia, wśród których wyodrębnić można dwie zasadnicze postacie: nieżyty bakteryjne (sporadyczne) i nieżyty prawdopodobnie wirusowego pochodzenia (zakaźne). Przewagę wśród tych schorzeń mają nieżyty bakteryjne.

Etiologia, patogeneza i klinika ostrych nieżytów wirusowych jest narazie mało znana. Najdokładniej poznano zwykły katar nosa i pierwotne, nietypowe zapalenie płuc.

Zarazek wywołujący katar nosa nie został dotąd wyodrębniony, jednak jego pochodzenie wirusowe wykazano drogą eksperymentalną na osobach, które poddały się ochotniczo zakażeniu przesączem wydzieliny, pobranej od chorych. Klinicznie choroba przebiegała w postaci lekkiego, bezgorączkowego stanu zapalnego górnych dróg oddechowych ze zmianami nieżytowymi śluzówek nosa i zatok. Charakterystycznymi objawami były: katar nosa, łzawienie, suchość i bolesność gardzieli, rozpulchnienie i przekrwienie śluzówki nosa.

Pierwotne nietypowe zapalenia płuc wywoływane są przez różnorodne czynniki etiologiczne. W etiologii niektórych przypadków, jak przypuszczają, odgrywa rolę pewna forma zarazka przesączalnego, który atakuje przeważnie osobniki młode. Zapalenia płuc tego rodzaju nie mają przeważnie złośliwego przebiegu. Charakterystycznym objawem jest stopniowo rozwijające się rozlane lub ograniczone nacieczenie tkanki płucnej. Rozpoznanie nietypowego zapalenia płuc stawia się na podstawie obrazu rentgenowskiego i innych badań klinicznych i laboratoryjnych, które wykazują odchylenia od zwykłego obrazu, obserwowanego przy pneumokokowym zapaleniu płuc (leukopenia, odporność na sulfidynę itp.).

Różniczkowanie poszczególnych form nieżytów i zaostrzeń przewlekłych schorzeń dróg oddechowych sprawia niejednokrotnie bardzo wiele trudności lekarzowi — praktykowi. Znacznie łatwiejsze jest różnicowanie między grypą wirusową a ostrymi nieżytami dróg oddechowych pochodzenia bakteryjnego.

W przeciwieństwie do grypy wirusowej ostre, bakteryjne nieżyty dróg oddechowych rozwijają się powoli, są mało lub wcale niezaraźliwe, nie powodują epidemii. Cechą charakterystyczną jest również brak odporności po przebytej chorobie, na skutek czego choroba może się powtarzać wielokrotnie w ciągu roku. Głównym objawem jest stan zapalny górnych dróg oddechowych (jamy nosowej i nosowogardzielowej).

Jak wygląda obraz kliniczny grypy pochodzenia wirusowego?

Grypa zaczyna się przeważnie nagle, silnymi dreszczami i wysoką temperaturą dochodzącą do 39 — 40°C. Nasilenie objawów ogólnej intoksykacji osiąga punkt szczytowy w pierwszym dniu i utrzymuje się zwykle 3 do 5 dni. Ból głowy koncentruje się przeważnie w okolicy czoła i skroni oraz oczodołów. Równocześnie obserwuje się silne osłabienie, uczucie zmęczenia, bóle i łamanie w kończynach oraz okolicy lędźwiowej.

Obok tych objawów klinicznych, które wskazują na zaatakowanie układu nerwowego daje się zauważyć też szereg innych, jak: zawroty głowy, omdlenia, senność, apatia, a czasami bezsenność i zwiększona pobudliwość. Wkrótce zjawiają się objawy ze strony śluzówek górnych dróg oddechowych. Katar nosa może wystąpić odrazu na początku choroby, czasem zaś na drugi lub trzeci dzień. Śluzówka gardzieli jest silnie przekrwiona. Czasem obserwuje się stany nieżytowe krtani i tchawicy (laryngitis i tracheitis) z suchym kaszlem. Objawy ze strony górnych dróg oddechowych zazwyczaj trwają niedługo i znikają równocześnie z objawami ogólnej intoksykacji; w szeregu wypadków nabierają cech schorzenia przewlekłego na skutek powikłań, wywołanych przez bakterie. Wśród powikłań grypy najczęściej obserwuje się zapalenie zatok bocznych nosa.

Wielką pomocą w rozpoznawaniu grypy są badania laboratoryjne, jak np. odczyn zlepny (hemaglutynacja), rhinocytoskopia i metody hematologiczne.

Odczyn hemaglutynacyjny antygenu grypowego oparty jest na zdolności wywoływania aglutynacji krwinek czerwonych niektórych zwierząt (kur, świnek morskich, psów) i człowieka. To, co pozwoliło wykorzystać hemaglutynację jako metodę rozpoznawczą była okoliczność, że surowica przeciwgrypowa hamuje aglutynację krwinek czerwonych, wywołaną przez wirusy grypy. Odczyn hemaglutynacji stosuje się dla wykrycia obecności wirusów w wydzielinie pobranej z jamy nosowo-gardzielowej chorego na grypę, jak również dla oznaczenia przeciwciał w surowicy krwi ozdrowieńców po grypie.

Obok odczynów serologicznych w celach rozpoznawczych przy grypie nagminnej stosuje się metodę cytoskopowego badania śluzówki nosa. W tym celu na wąskich szkiełkach o oszlifowanych brzegach robi się preparaty — odciski powierzchni przedniej części dolnej muszli nosowej .Przy badaniu mikroskopowym zabarwionych rozmazów, pobranych od chorych na grypę wirusową, stale daje się zauważyć znaczne skupienie komórek nabłonka cylindrycznego w postaci grup lub płatów, które często wykazują przerost i nieprawidłowość rysunku. Przy ostrych nieżytach górnych dróg oddechowych obserwuje się duże ilości krwinek białych i komórek nabłonka płaskiego; komórki nabłonka cylindrycznego występują pojedyńczo lub brak ich w ogóle.

Wczesne i właściwe rozpoznanie grypy nagminnej ma wielkie znaczenie dla profilaktyki i leczenia.

Narazie nie ma specyficznych metod leczenia grypy, któreby się nadawały do szerokiego stosowania.

Zaproponowana przez Smorodincewa metoda leczenia za pomocą inhalacji surowicy przeciwgrypowej, jakkolwiek dała wyniki dodatnie, nie nadaje się jednak do stosowania na szeroką skalę. Schorzenia grypowe leczy się za pomocą środków niespecyficznych preparatami chemicznymi, antybiotykami itp.

Preparaty chemiczne (streptocid, sulfidina, sulfathiazol) stosuje się przy leczeniu powikłań pogrypowych i ostrych nieżytów dróg oddechowych, ponieważ najczęściej są one wywoływane przez bakterie wrażliwe na te preparaty. Z tego też względu stosuje się penicylinę w postaci zakraplań do nosa roztworu zawierającego 10 — 20 tysięcy jednostek w 1 cm³. Zakraplania stosować należy nie mniej niż 3 razy dziennie. Równoczesne podawanie penicyliny podskórnie i drogą inhalacji daje lepszy efekt.

Przy leczeniu grypy zaleca się stosowanie antybiotyku — e k m o l i n y, a również — penicyliny łącznie z ekmoliną. Bardzo dobre wyniki otrzymano przy stosowaniu akrychiny.

Obok wymienionych środków leczniczych, jeśli istnieją wskazania, należy również prowadzić leczenie objawowe. Ze względu na toksyczne działanie wirusa grypy na układ sercowo-naczyniowy pożądana jest kofeina i inne środki nasercowe. Wskazane są również środki przeciwgorączkowe (aspiryna, piramidon i in.), które w niedużych dawkach uśmierzają ból głowy. Dobre wyniki obserwowano przy podawaniu urotrobiny z piramidonem i kofeiną.

Aby poprawić samopoczucie chorego poza środkami farmaceutycznymi należy stosować łagodne środki napotne: gorący napar z suszonych malin, lub herbatę z kwiatu lipowego.

Duże znaczenie ma leżenie w łóżku i zachowanie przepisów higieny, jak również racjonalne żywienie chorych. Pożywienie powinno być lekkostrawne, wysokokaloryczne i bogate w witaminy.

Przy stosowaniu środków leczniczych należy brać pod uwagę ogólny stan chorego, jego samopoczucie oraz stan układu sercowo-naczyniowego, górnych dróg oddechowych i nerek. Wobec tego, że grypa przebyta nawet w lekkiej formie powoduje zaostrzenie przewlekłych schorzeń, wskazane jest, aby ozdrowieńcy pozostawali pod obserwacją i opieką lekarską.

Zapobieganie grypie polega na przestrzeganiu przepisów higieniczno-sanitarnych i przeciwepidemicznych oraz na stosowaniu środków, mających na celu podniesienie stanu sanitarnego otoczenia. Utrzymywanie czystości pomieszczeń, systematyczne wietrzenie, sprzątanie na wilgotno z używaniem rozczynu chlorku wapna ograniczają szerzenie się prypy.

Równocześnie należy dążyć do wczesnego wykrywania i izolowania chorych na grypę.

Uodpornienie czynne przeciw grypie stanowi bardzo efektowną metodę profilaktyczną. Jak wykazały badania, uodpornienie za pomocą wprowadzenia do nosa żywej szczepionki przeciwgrypowej zmniejsza zachorowalność na grypę dwu- a nawet trzykrotnie. W chwili obecnej jednak szczepienia ochronne są jeszcze środkiem jedynie pomocniczym przy zapobieganiu grypie. Główną rolę odgrywają środki przeciwepidemiczne i higieniczno-sanitarne.

Tłum. dr *Julia Bielecka*

KRONIKA

z Kraju

Poniżej zamieszczamy dwa z pośród licznie napływających protestów przeciw barbarzyńskiej wojnie bakteriologicznej, prowadzonej przez imperialistów w Korei.

My, obywatelki Polski Ludowej, pielęgniarki socjalistycznej Służby Zdrowia, zebrane na otwartym zebraniu Podstawowej Organizacji Partyjnej PZPR wraz z instruktorkami pielęgniarstwa i pracownikami naszej szkoły, przesyłamy na Wasze ręce protest przeciwko brudnej wojnie, prowadzonej przez imperialistów anglo - amerykańskich. Jako uświadomione kadry Służby Zdrowia, ostro protestujemy przeciwko zbrodniczej polityce zachodu, przeciwko niszczeniu w barbarzyński sposób ludności Korei, przeciwko mordowaniu bojowników Pokoju. Ohydna wojna bakteryjna w Korei jest świadectwem, jakie wystawia o sobie umierający kapitalizm. Bezdomne rodziny, osierocone dzieci, starcy i kaleki — wśród pożogi i pełzającej śmierci — oto obraz jaki stworzyli imperialiści, obraz mówiący nam — „o budowie" kapitalizmu.

My, pielęgniarki Polski Ludowej, kraju budującego nowy ustrój sprawiedliwości społecznej — socjalizm, wypowiadamy ostry protest przeciwko temu co złe, wrogie, co występuje przeciw masom pracującym całego świata. My, polskie pielęgniarki, obywatelki Polski Ludowej, chcemy pokoju, walcząc o niego w każdej chwili swego codziennego życia, w codziennej opiece nad chorym, którego powrót do zdrowia oznacza powrót do produkcji — oznacza szybszą realizację Planu 6-letniego.

Polskie pielęgniarki na froncie walki o pokój i Plan 6-letni, jako socjalistyczna Służba Zdrowia, kroczą i kroczyć będą w jednym szeregu z przodowniczką narodu — klasą robotniczą pod przewodnictwem PZPR do socjalizmu.

Niech żyje PZPR.

Niech żyje jednolity obóz pokoju, postępu i socjalizmu.

Niech żyje umiłowany Prezydent Polski Ludowej — Przewodniczący KC PZPR przodującej siły narodu polskiego — Bolesław Bierut!

Instruktorki Pielęgniarstwa
przy Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 2
W-wa, ul. Wilcza 9.

* * *

Słuchaczki Ośrodka Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK w Koźlu, zgromadzone w dniu 25.III.1952 r. na wspólnym zebraniu, potępiają bestialskie metody imperialistów amerykańskich, którzy w zbrodniczej walce z narodem koreańskim użyli broni bakteryjnej.

Solidaryzując się z głosem wszystkich uczciwych ludzi świata, sprzeciwiamy się łotrowskim metodom podpalaczy świata, wierząc, że w najbliższej przyszłości spotka ich sąd ludzkości, który wierzymy sprawiedliwość tak, jak przed kilku laty wymierzył ją zbrodniarzom hitlerowskim w Norymberdze.

Jednocześnie wyrażamy swój protest wobec wyroku śmierci, wydanego przez monarcho-faszystowski sąd grecki na postępowego działacza, nieugiętego bojownika o wolność i niepodległość narodu greckiego — Belojannisa i jego towarzyszy.

Podpisano:
Samorząd Szkolny
Podstawowa Organizacja Partyjna PZPR
Koło ZMP.

* * *

Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej — Wydział Zdrowia woj. Zielonogórskiego nadesłał do Redakcji „Pielęgniarki Polskiej" zobowiązanie przełożonych pielęgniarek z 19 powiatów województwa dla uczczenia 60 rocznicy urodzin Prezydenta Bolesława BIERUTA.

Dla uczczenia 60-lecia urodzin pierwszego Obywatela Rzeczypospolitej Polskiej, Prezydenta Bolesława BIERUTA, my, przełożone pielęgniarek szpitali i ośrodków zdrowia, podejmujemy długofalowe zobowiązanie szkolenia drużyn sanitarnych II stopnia młodzieży i dorosłych, zarówno w mieście jak i na wsi, oraz werbowania do tej akcji wszystkich pielęgniarek na naszym terenie.

Ogólna liczba wyszkolonych na kursach sanitarnych II stopnia ma wynieść w roku 1952 — 10.960, w tym dla zakładów pracy: w mieście — 5.480, na wsi — 2.330, w miastach (bloki) — 1.105, dla potrzeb terenu: na wsi uspołecznionej — 1.065, na wsi gromady — 980.

* * *

Do Zarządu Głównego PCK wpływają liczne zobowiązania dla uczczenia urodzin Prezydenta Bolesława BIERUTA i Święta 1 Maja z Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK. Zobowiązania te dotyczą akcji sanitarno-oświatowej, propagandowej, akcji szkolenia masowego ludności oraz akcji krwiodawstwa.

Indywidualne i zespołowe zobowiązania uczennic dotyczą także polepszenia wyników w nauce i poprawienia słabych stopni.

Z zagranicy

Międzynarodowa Konferencja w Obronie Dziecka

Konieczność obrony życia dzieci przed groźbą nowej wojny, którą chce rozpętać agresywny kapitalizm stała się zagadnieniem międzynarodowym. Dlatego też z inicjatywy Światowej Demokratycznej Federacji Kobiet odbyła się w Wiedniu, w dniach 12 — 16 kwietnia rb., **Międzynarodowa Konferencja w Obronie Dziecka.**

Celem konferencji było nie tylko zbadanie i wykrycie przyczyn pogorszenia bytu młodego pokolenia w krajach kapitalistycznych i kolonialnych, ale przede wszystkim obrona dzieci i młodzieży przed niebezpieczeństwem nowej wojny.

W 28 krajach pracują narodowe Komitety Obrony Dziecka, skupiające wybitnych uczonych, działaczy społecznych, nauczycieli, lekarzy, prawników, rodziców oraz wszystkich, komu droga jest przyszłość dzieci i ich szczęście.

W 16 krajach konferencje w sprawie obrony dziecka odbyły się w lutym, w pozostałych, a w tej liczbie i w Polsce, odbyły się w marcu.

Konferencje te dały bogaty materiał, wskazujący na przyczyny stałego pogarszania się warunków bytowania dzieci i młodzieży w krajach kapitalistycznych: głód, nędza, choroby, brak możności nauki.

We Francji konferencja krajowa stwierdziła takie np. fakty: prócz Paryża prawie żadne miasto nie posiada instytucji ochrony matki i zdrowia dziecka, corocznie umiera około 41 tysięcy dzieci, wiele dzieci w wieku szkolnym nie uczy się z powodu braku szkół, a liczba analfabetów wynosi około 1 100 000.

We Włoszech rezolucja krajowej konferencji w obronie dziecka stwierdziła katastrofalne położenie dzieci włoskich odnośnie ochrony zdrowia, szkolnictwa, warunków materialnych i kulturalnych. 12 milionów dzieci w wieku do lat 14 żyje w skandalicznych warunkach sanitarno - higienicznych, wymagających natychmiastowej zmiany, 8 milionów dzieci żyje w skrajnej nędzy, lecz tylko 1,5 miliona z pośród nich otrzymuje jakąkolwiek pomoc materialną.

W Niemieckiej Republice Demokratycznej na krajową konferencję przybyli również lekarze, prawnicy i nauczyciele z Niemiec Zachodnich. Z ich przemówień wynikało, że gmachy szkolne zabierają okupanci, a dzieci tłoczą się po 60 — 70 w małych izbach szkolnych; 450 000 młodzieży po ukończeniu szkoły podstawowej nie może kontynuować nauk, dzieci głodują, żebrzą, wszędzie spotyka się dzieci bezdomne, którymi nikt się nie opiekuje.

Miliony dzieci amerykańskich nie uczęszcza do szkół. „New York Times“ podaje, że aby pomieścić dzieci w wieku szkolnym brak jest 600 000 izb szkolnych, a w istniejących szkołach USA, pomimo ostrych protestów rodziców, nauczyciele, w obawie utraty pracy, wychowują młodzież w duchu militaryzmu i szowinizmu.

W Anglii na konferencjach obrony dziecka podjęto w wielu miastach rezolucje, protestujące przeciw ograniczenia budżetu na oświatę.

Szczególnie ciężkie warunki życia mają dzieci w krajach kolonialnych. Przedstawiciele Syrii i Libanu mówią: „Chcemy dla naszych dzieci lepszej, radosnej i zdrowej przyszłości w wolnym kraju, w warunkach pokoju“.

W konferencji wzięło udział 600 przedstawicieli ze wszystkich krajów świata.

Na czele delegacji polskiej stanął prof. dr Jan Bogdanowicz.

S.

W chwili pójścia niniejszego numeru naszego pisma do druku konferencja w Wiedniu trwa. Artykuł obszerniej omawiający konferencję zamieścimy w numerze następnym.



Wolna Trybuna

NA MARGINESIE ZJAZDU INSTRUKTOREK KLASOWYCH SZKÓŁ PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNYCH

Zjazd instruktorek klasowych odbył się w Warszawie w czerwcu 1951 roku. Wydawałoby się więc, że wzmianka o tym dopiero dziś jest co najmniej przedawniona, albo zgoła nieistotna. Należy więc wyjaśnić, że motywem do napisania tej wzmianki, by odbyły się w lutym, w pewnej przykre rozczarowanie, że w powodzi innych spraw pominięte zostało w „Pielęgniarce Polskiej“ wydarzenie odnoszące się do tak centralnego zagadnienia w zawodzie jakim jest przygotowanie pielęgniarki w zakresie zasad jej pracy.

Inicjatywę Zjazdu podjął Wydział Szkół Średnich Ministerstwa Zdrowia, a żywy oddźwięk, z jakim myśl ta spotkała się w terenie, jest najlepszym świadectwem zrozumienia, że w nauczaniu zasad pielęgniarstwa „ostatnie słowo“ nie zostało jeszcze powiedziane.

Zainteresowanie Zjazdem świadczy również o tym, że nie tylko te instruktorki, które znalazły się na swym stanowisku od niedawna, ale również i te, które już od wielu lat pełnią obowiązki instruktorek, napotykały w swej codziennej pracy na problemy, których same, bez wysiłku zespołowego nie były w stanie rozwiązać.

Przed Zjazdem stanęły następujące zagadnienia: czy należy nauczać wykonywania zabiegów pielęgniarskich w różny sposób w różnych szkołach? W jakim stopniu możliwe i pożądane jest ujednolicenie wykonywania zabiegów pielęgniarskich w szkołach?

Oprócz omówienia tych tych zagadnień, Zjazd postawił sobie na celu udzielenie instruktorkom wskazówek odnośnie ulepszenia metod nauczania.

Nie wszystkie te zagadnienia, z uwagi na krótki czas trwania narad, zostały omówione wyczerpująco.

Przedstawię najpierw w dużym skrócie stanowisko Zjazdu odnośnie powyższych problemów, a w końcu wnioski kierownictwa Zjazdu.

Nauczanie wykonywania zabiegów odbywa się dotychczas w tym założeniu, że każda uczennica powinna niemal absolutnie identycznie wykonywać zabieg tak, jak był jej demonstrowany i to od początku do końca swego pobytu w szkole. Takie podejście do nauczania zasad pielęgniarstwa jest podyktowane troską o bezpieczeństwo pacjenta. Jeśli, niedoświadczona i pozbawiona własnego sądu pielęgniarka może polegać na raz wyuczonej technice wykonania zabiegu, to praca jej wydaje się pewniejsza, a wykonanie zręczniejsze. Dlatego nie wystarczy podać uczennicy tylko samych zasad zabiegów, trzeba również podać dokładną metodę ich wykonania. Jeżeli zatem chcemy zapewnić wysoki poziom techniki pielęgniarstwa, to wykonanie zabiegów powinno być u j e d n o l i c o n e. Nie mniej jednak od czasu do czasu, obowiązujące metody powinny być poddawane pod dyskusję i poprawiane przez osoby kompetentne. Podkreślono, że przyjęte metody powinno się móc odpowiednio naginać w zależności od poszczególnych sytuacji.

Opierając się na tych teoretycznych przesłankach, Zjazd ujednolicił, a Ministerstwo Zdrowia już wprowadziło w program obowiązujący — ważniejsze zabiegi, wymagające postępowania aseptycznego oraz wiele zabiegów zapewniających wygodę choremu.

Trzeba jednak pamiętać, że takie nauczanie zasad pielęgniarskich nie pobudza inicjatywy uczennicy i nie przygotowuje pielęgniarki do samodzielnego myślenia. Prawdopodobnie wraz z rozwojem pielęgniarstwa będzie wolno uczennicy stosować większe warianty w technice zabiegów, a przyszłe zjazdy zajmą się jedynie ujednoliceniem podstawowych zasad, na których opiera się ich technika.

Odnośnie metod nauczania zasad pielęgniarstwa narada wykazała, że choć różne metody stosowane przez doświadczone instruktorki dają dobre rezultaty, jednak użycie podręczników, skryptów i innych pomocy naukowych odznacza się znaczną wyższością od metody dyktowania zabiegów.

Omówiono również doniosłą rolę planowania nauczania i podania wykładu. Wykład powinien być interesujący, wygłoszony żywo, w sposób, który zachęci uczennice do przedmiotu i zawodu.

Dużym niedociągnięciem dyskusji było pominięcie zagadnienia elementów wychowawczych w nauczaniu zasad pielęgniarstwa. Proces nauczania w szkole kształtuje świadomość, wyrabia właściwy stosunek do pracy, uczy dyscypliny. Nasuwa się pytanie, czy nauczanie zasad pielęgniarstwa w naszych szkołach właściwie wykorzystuje te możliwości?

Zjazd niewątpliwie podkreślił wagę narad roboczych, pomógł nie jednej uczestniczce w rozstrzygnięciu trudności. Władze administracyjne będą w dalszym ciągu wnikliwie podchwytywały potrzeby terenu odnośnie nurtujących go zagadnień, a teren powinien wyraźniej żądać podobnych konferencji.

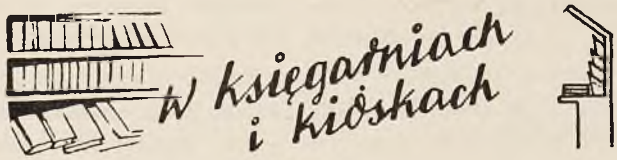
Miarą potrzeby takich zjazdów jest ilość wytycznych konferencji przeniesionych w teren. Z licznych inspekcji wiadomo nam, że wszystkie instruktorki przechodzą na ujednoliconą technikę zabiegów.

Rachela Hutner

Na marginesie powyższych wypowiedzi Redakcja „Pielęgniarki Polskiej" wyraża zdziwienie, że kol. Hutner, interesująca się dotąd żywo naszym pismem, nie czytała w numerze wrześniowym „P. P." (rok 1951) sprawozdania z narady pod tytułem „Zjazd Instruktorek klasowych". Widocznie w „powodzi innych spraw", jak to ładnie wyraziła kol. Hutner...

Nie mniej jednak uwagi kol. Hutner bardzo chętnie zamieszczamy, ponieważ naświetlają wyniki Zjazdu dość obszernie i nieco odmiennie od sprawozdania zamieszczonego we wrześniu ub. r., wychodząc z założenia, że nigdy nie jest zapóźno...

REDAKCJA



CHOROBY ZAKAŹNE
Dr Aleksander MOTAK.

Podręcznik dla średnich szkół medycznych. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa, 1951 st. 200 Cena 21.10 zł.

Metody nauczania w szkołach pielęgniarskich przywiązują wielką wagę do zajęć praktycznych w zakładach leczniczych, dlatego, by uczennice poznały pracę wszystkich oddziałów klinicznych po uprzednim wysłuchaniu wykładów teoretycznych. Wyjątek od tej słusznej zasady stanowią oddziały chorób zakaźnych, dokąd dyrekcje szkół n i e k i e r u j ą uczennic z obawy, by nie narażać swych młodych wychowanek na niebezpieczeństwo zakażenia, co jest tym bardziej uzasadnione, że do szkół pielęgniarstwa przyjmuje się dziewczęta w wieku 17 lat, a niekiedy nawet młodsze.

Wysłuchanie wykładów teoretycznych, a następnie przerabianie materiału z notatek, niejednokrotnie nie wystarcza dla utrwalenia wiadomości o chorych zakaźnych. W dalszej pracy tylko nieznaczna część pielęgniarek trafia na oddziały zakaźne, reszta zaś rzadko spotyka się z chorymi zakaźnie, tym samym więc nie mają one możności przypomnienia sobie podstawowych wiadomości z epidemiologii.

Podręcznik **Dr Motaka** o chorobach zakaźnych będzie niewątpliwie wielce pomocny dla tych pielęgniarek, które w swej praktyce zetkną się z chorobami zakaźnymi.

Pierwsza część podręcznika, o g ó l n a, zawiera wiadomości z dziedziny bakteriologii i epidemiologii. Autor opisuje pokrótce najczęstsze drobnoustroje chorobotwórcze, ich rozwój, drogi wejścia do organizmu człowieka, jego odporność i szczepienia ochronne.

Po omówieniu podstawowych wiadomości z epidemiologii i metod zwalczania chorób zakaźnych, autor przytacza najważniejsze dla pielęgniarek artykuły Ustawy z dn. 21 lutego 1935 r. o z w a l c z a n i u c h o r ó b z a k a ź n y c h oraz przepisy obowiązujące pielęgniarki, które współpracują ze specjalnymi kolumnami sanitarnymi.

Część druga podręcznika zawiera opis poszczególnych chorób zakaźnych, podając dla każdej jednostki chorobowej jej historię, etiologię, epidemiologię, anatomię patologiczną oraz objawy i przebieg kliniczny wraz z ewentualnymi powikłaniami. Następnie autor wskazuje na ważniejsze momenty w pielęgnowaniu poszczególnych chorób zakaźnych i przytacza sposoby wykonywania niektórych zabiegów pielęgniarskich.

W dalszym ciągu znajdujemy w s k a z ó w k i d i e t e t y c z n e obszernie potraktowane, zwłaszcza przy chorobach zakaźnych przewodu pokarmowego.

Wiadomości o metodach zapobiegania chorobom zakaźnym oraz przypomnienie sposobu wykonywania dezynfekcji bieżącej i końcowej zamykają charakterystykę każdej choroby zakaźnej.

Bardzo szczęśliwym pomysłem jest uzupełnienie książki przez umieszczenie na końcu podręcznika przepisów mających zapobiegać szerzeniu się chorób zakaźnych wśród dzieci. Jest to załącznik do zarządzenia ministrów Zdrowia, Oświaty oraz Kultury i Sztuki z dnia 15 lutego 1951 r.

J. .T

PRZEGLĄD PRASY KRAJOWEJ

POŁOŻNA Nr. 3 (marzec 1952)

Odkrywca szczepień przeciwospowych
Dr. A. Czekański — Gruźlica a ciąża.
Dr. L. Grabowiecka — O krwi.
Dr. J. Fiedler — Rak szyjki macicy.

POŁOŻNA Nr. 4 (kwiecień 1952).

Dr. L. Grabowiecka — Jak wykryto penicylinę.
Wynalazca narkozy chloroformowej.
Dr. L. G. — O krwi (dokończenie).
Uprawnienia kobiety pracującej w stanie ciąży.

TYGODNIK LEKARSKI Nr. 11/12 — dn. 24.III.1952.

F. Venulet i Z. Moskwa — Wpływ dymu tytoniowego na poziom witaminy C w ustroju.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 13—13.III.1952.

A. Paprotny i P. Petropoulos — O zespole objawów po cholecystektomii.

PRZEGLĄD ZWIĄZKOWY Nr. 3 (marzec 1952).

W. Kłosiewicz — Nasze najważniejsze zadania w 3 roku Planu 6-letniego.
Z. Kratko — O ruchu współzawodnictwa pracy.
Ochrona pracy.

PRZEGLĄD ZWIĄZKOWY Nr 4 (kwiecień 1952 r.).

Z. Kratko — Wskazania tow. Bieruta dla Związków Zawodowych.
Wymowa dyskusji w tegorocznej kampanii sprawozdawczo-wyborczej IX Plenum Centralnej Rady Związków Zawodowych.
Uchwały Sekretariatu Centralnej Rady Związków Zawodowych
Prawo pracy (Zwolnienia na naukę pracowników młodocianych. Zwolnienia od pracy krwiodawców).

KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

Odpowiedzi Redakcji

Uwzględniając liczne zapytania naszych Czytelniczek, podajemy adresy PAŃSTWOWYCH SZKÓŁ PIELĘGNIARSTWA z kursem 2-letnim:

WARSZAWA	—	ul. Wilcza 9
„	—	ul. Gen. Świerczewskiego 67
„	—	ul. Marcina Kasprzaka 17
„	—	ul. Wilanowska 4
BIAŁYSTOK	—	ul. Piwna 10
CHEŁM LUBELSKI	—	ul. Szpitalna 15a
GDAŃSK	—	ul. Dębinki 7
GDAŃSK - BRZEŹNO	—	ul. Zdrojowa
JELENIA GÓRA	—	ul. 22 lipca 33
KIELCE	—	ul. Niska, Szp. Powiat.
KRAKÓW	—	ul. Kopernika 25
ŁÓDŹ	—	ul. Sterlinga 1/3
„	—	ul. Piotrkowska 45
NOWY SĄCZ	—	ul. Jagiellońska 84
OLSZTYN	—	ul. Niepodległości 18
POZNAŃ	—	ul. Szkolna 14/16
PRZEMYŚL	—	ul. Szaszkiewicza 11
SZCZECIN	—	ul. Norwida 1
SZCZECINEK	—	Szpital Miejski
TARNÓW	—	ul. Sienna 5
WROCŁAW	—	ul. Bartla 5
ZABRZE	—	ul. Traugutta 6

SZKOŁA PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

KOBIERZYN	—	przy Szp. Psychiatrycznym

SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA DZIECIĘCEGO

WARSZAWA	—	ul. Nowogrodzka 73
WROCŁAW	—	ul. Krakowska 28

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje; poniedziałki i środy w godz. 15 — 17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportarzu „Ruch". KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str. 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON Warszawa. Zam. Nr 1033 4.250 3-B-18490.